

Документ подписан простой электронной подписью
Информация о владельце:
ФИО: Мальцев Сергей Борисович
Должность: Ректор
Дата подписания: 01.09.2024 20:58:41
Уникальный идентификатор:
1bcb6e8dd25337659310c8c6c08f3bb1f12d77b7

ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВА-
НИЯ
«САНКТ-ПЕТЕРБУРГСКИЙ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»
(ЧОУВО «СПБМСИ»)

УТВЕРЖДАЮ

Ректор _____ С.Б. Мальцев

29 августа 2024 г.

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность 31.08.57 Онкология

Квалификация врач-онколог

Форма обучения очная

Срок освоения ОПОП 2 года

Кафедра онкологии

**Санкт-Петербург
2024 г.**

При разработке рабочей программы дисциплины в основу положены: ФГОС ВО по специальности 31.08.57 Онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный Министерством образования и науки РФ от 25.08.2014 №1100.

Рабочая программа дисциплины одобрена на заседании онкологии 26.06.2024, протокол № 11, рассмотрена на заседании Ученого совета Института от 29.08.2024 г., протокол №1.

Заведующий кафедрой _____ В. М. Моисеенко

Разработчики:

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры онкологии

Чубенко В. А.

Рецензент:

Локтионова М. А. – Советник по клинико-экспертной работе Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Санкт-Петербургский клинический научно-практический центр специализированных видов медицинской помощи (онкологический) имени Н.П.Напалкова», врач высшей квалификационной категории, Заслуженный врач РФ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.57 Онкология (далее ГИА) проводится в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры по специальности 31.08.57 Онкология (далее – Программа) требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.57 Онкология (далее – ФГОС ВО).

ГИА относится к Блоку 3 ОПОП ВО и включает в себя подготовку к сдаче государственного экзамена и сдачу государственного экзамена.

К ГИА допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план по ОПОП ВО.

ГИА обучающихся, освоивших программу ординатуры, осуществляет государственная экзаменационная комиссия.

2. ПЕРЕЧЕНЬ КОМПЕТЕНЦИЙ, КОТОРЫМИ ДОЛЖНЫ ОВЛАДЕТЬ ОБУЧАЮЩИЕСЯ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Государственная итоговая аттестация направлена на оценку сформированности следующих универсальных компетенций (УК) и профессиональных компетенций (ПК).

Универсальные компетенции (УК):

- Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Профессиональные компетенции (ПК):

профилактическая деятельность:

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4);

диагностическая деятельность:

- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

- готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6);
- готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
- психолого-педагогическая деятельность:
- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
- организационно-управленческая деятельность:
- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
- готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
- готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. ОПИСАНИЕ ПОКАЗАТЕЛЕЙ И КРИТЕРИЕВ ОЦЕНИВАНИЯ КОМПЕТЕНЦИЙ И ШКАЛ ОЦЕНИВАНИЯ

Таблица 1

Код контролируемой компетенции	Показатели оценивания	Наименование оценочного средства	Шкалы оценивания
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать: пациент–ориентированный подход в современной медицине; роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения Уметь: проводить организацию самостоятельного умственного труда (мышления) и работы с информацией (синтез); применять возможности современных информационных технологий для решения профессиональных задач в области онкологии, анализировать медицинскую информацию профессионального онкологического содержания, опираясь на всеобъемлющие принципы доказательной медицины Владеть: нормативной и распорядительной документацией; современными образовательными технологиями	Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи	Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания
УК-2 готовность к	Знать: взаимоотношения «врач-пациент», взаимоотношения в кол-	Аттестационные тесты	Зачтено / не зачтено

<p>управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия</p>	<p>лективе; морально-этические нормы, правила и принципы профессионального врачебного поведения, права пациента и врача, основы современного медицинского законодательства принципы ведения дискуссий в условиях плюрализма мнений и основные способы разрешения конфликтов; основные направления психологии, психологию личности и малых групп Уметь: обеспечивать рабочие отношения с другими членами коллектива; организовать работу младшего и среднего медицинского персонала в медицинских организациях; применять нормы законодательства в конкретных практических ситуациях соблюдать и защищать права врачей и пациентов Владеть: навыками изложения собственной точки зрения, анализа и логического мышления, морально-этической аргументации, ведения дискуссий и круглых столов, принципами</p>	<p>Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи</p>	<p>Пятибалльная шкала оценивания</p>
<p>УК-3 готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом испол-</p>	<p>Знать: нормативно-правовую базу организации обучения по направлению здравоохранение, психологические основы обучения, основные принципы дидактики Уметь: планировать проведение семинарских и практических занятий Владеть: навыками подготовки правильно построенных презентаций для использования в учебном процессе</p>	<p>Аттестационные тесты Экзаменационные вопросы</p>	<p>Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания</p>

<p>нительской власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения</p>			
<p>ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания</p>	<p>Знать: Основы профилактической медицины в области онкологии. Социальную роль физической культуры в развитии личности и подготовке к профессиональной деятельности в области онкологии. Принципы здорового образа жизни. Уметь: Проводить с населением мероприятия по первичной профилактике наиболее часто встречающихся онкологических заболеваний. Осуществлять профилактические мероприятия по повышению сопротивляемости организма неблагоприятным факторам внешней среды. Владеть: Навыками разработки плана первичной профилактики наиболее часто встречающихся онкологических заболеваний с учетом течения этих заболеваний. Навыками подбора и назначения лекарственной терапии, использования методов немедикаментозного лечения, проведения реабилитационных мероприятий по повышению сопротивляемости организма неблагоприятным факторам внешней среды.</p>	<p>Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания</p>
<p>ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения</p>	<p>Знать: Основы профилактической медицины в области онкологии; принципы диспансерного онкологического наблюдения различных возрастно-половых и социальных групп населения, принципы реабилитации пациентов. Уметь: Применять методы асептики и антисептики, медицинский инструментарий, медикаментозные</p>	<p>Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания</p>

за здоровыми и хроническими больными	<p>средства в лабораторно-диагностических и лечебных целях. Провести физикальное обследование пациента различного возраста. Направить его на лабораторно-инструментальное обследование, на консультацию к специалистам.</p> <p>Владеть: Интерпретацией результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста</p>		
ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	<p>Знать: Принципы организации противоэпидемических мероприятий в онкодиспансере в случае распространения особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях</p> <p>Уметь: использовать знания по проведению противоэпидемических мероприятий при работе в онкодиспансере</p> <p>Владеть: методами, обеспечивающими защиту сотрудников и пациентов онкодиспансера при распространении особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях</p>	<p>Аттестационные тесты</p> <p>Перечень практических навыков</p> <p>Экзаменационные вопросы</p> <p>Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методов сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	<p>Знать: Порядок сбора, хранения, поиска, обработки, преобразования распространения информации в области онкологии. Принципы системного анализа информации для решения тестов и ситуационных задач с использованием теоретических знаний в области онкологии</p> <p>Уметь: Применять данные медицинской информации для успешной профессиональной деятельности в области онкологии. Проводить анализ полученной информации, опираясь на принципы доказательной медицины для принятия верных решений в области онкологии</p> <p>Владеть: Базовыми технологиями преобразования информации: текстовыми, табличными редакторами; техникой работы в сети Интернет для профессиональной деятельности.</p> <p>Медико-функциональным понятием аппаратом</p>	<p>Аттестационные тесты</p> <p>Перечень практических навыков</p> <p>Экзаменационные вопросы</p> <p>Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>
ПК-5	Знать: Современные методы клини-	Аттестационные	Зачтено /

<p>готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем</p>	<p>ческой, лабораторной и инструментальной диагностики заболеваний онкологического профиля.</p> <p>Понятия этиологии, патогенеза, морфогенеза болезни. Принципы классификации болезней. Основные симптомы и синдромы онкологических заболеваний. Алгоритм диагностических мероприятий при неотложных и угрожающих жизни состояниях в онкологической практике.</p> <p>Уметь: Оценивать результаты основных и дополнительных методов диагностики, используемые в онкологической практике. Работать с инструментами, материалами и аппаратурой. Проводить диагностику и дифференциальную диагностику с использованием различных методов. На основании данных основных и дополнительных исследований выявлять неотложные и угрожающие жизни состояния.</p> <p>Владеть: Методами общего клинического обследования детей и взрослых. Навыками постановки предварительного диагноза на основании результатов основных и дополнительных методов исследования онкологических больных</p>	<p>тесты</p> <p>Перечень практических навыков</p> <p>Экзаменационные вопросы</p> <p>Ситуационные задачи</p>	<p>не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>
<p>ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи</p>	<p>Знать: Структурные и функциональные основы нормы и патологии в онкологической практике, причины, основные механизмы развития онкологического заболевания. Понятия, морально-этические нормы, основные положения проведения экспертизы нетрудоспособности. Функциональные системы организма человека, их регуляцию и саморегуляцию при воздействии внешней среды в норме и при патологических процессах. Современные методы клинической, лабораторной и инструментальной диагностики онкологических заболеваний. Порядок и методы обследования пациентов онкологического профиля. Критерии оценки состояния органов и систем организма. Порядок оформления медицинской документации онкологического больного. Схему обследования онкологического больного. По-</p>	<p>Аттестационные тесты</p> <p>Перечень практических навыков</p> <p>Экзаменационные вопросы</p> <p>Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>

	<p>казатели лабораторно-инструментальных исследований онкологических больных в норме и патологии.</p> <p>Уметь: Анализировать отклонения функциональных возможностей тканей и органов в онкологической практике от нормы.</p> <p>Обследовать онкологического больного, используя основные и дополнительные методы исследования.</p> <p>Оформить медицинскую документацию онкологического больного. Интерпретировать результаты обследования. Анализировать и оценивать качество медицинской, онкологической помощи.</p> <p>Владеть: Мануальными навыками в консервативной, оперативной и восстановительной онкологии. Методами комплексной терапии и реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями с учётом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии.</p> <p>Алгоритмом выполнения основных врачебных диагностических и лечебных мероприятий. Навыками интерпретации результатов лабораторных, инструментальных методов диагностики у пациентов разного возраста.</p> <p>Методами ведения медицинской учетно-отчетной документации в медицинских организациях.</p>		
<p>ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участием в медицинской эвакуации</p>	<p>Знать: Особенности патологии у пострадавших в ЧС, алгоритмы оказания неотложной помощи и сердечно-легочной реанимации, пути эвакуации и этапы оказания медицинской помощи</p> <p>Уметь: Оказывать медицинскую помощь пострадавшим в ЧС, в том числе оказывать неотложную помощь и проводить сердечно-легочную реанимацию. Подготавливать пострадавших к эвакуации</p> <p>Владеть: Навыками в организации оказания медицинской помощи в ЧС, навыками оказания неотложной помощи и навыками проведения сердечно-легочной реанимации</p>	<p>Аттестационные тесты</p> <p>Перечень практических навыков</p> <p>Экзаменационные вопросы</p> <p>Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>
<p>ПК-8 готовность к при-</p>	<p>Знать: Классификацию и основные характеристики лекарственных</p>	<p>Аттестационные тесты</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p>

<p>менению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении</p>	<p>средств. Фармакодинамику и фармакокинетику. Показания и противопоказания к применению лекарственных средств. Побочные эффекты.</p> <p>Уметь: Сформировать план лечения с учетом течения болезни. Подобрать и назначить лекарственную терапию. Использовать методы немедикаментозного лечения. Провести реабилитационные мероприятия при онкологических заболеваниях. Выписывать рецепты лекарственных средств, исходя из особенностей их фармакодинамики и фармакокинетики, при определенных заболеваниях и патологических процессах у онкологического больного.</p> <p>Владеть: Возможностью назначения лекарственных средств при лечении, реабилитации и профилактике различных онкологических заболеваний и патологических процессов. Методами комплексной терапии и реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями с учётом общего состояния организма и наличия сопутствующей патологии</p>	<p>Перечень практических навыков</p> <p>Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи</p>	<p>Пятибалльная шкала оценивания</p>
<p>ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p>	<p>Знать: основные принципы концепции здорового образа жизни; методики проведения среди населения санитарно-просветительской деятельности; задачи и роль врача-онколога в формировании мотивации у пациентов на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих</p> <p>Уметь проводить среди пациентов разъяснительную работу о роли здорового образа жизни в профилактике онкозаболеваний</p> <p>Владеть: владеть навыками проведения мероприятий, направленных на формирования у населения принципов здорового образа жизни</p>	<p>Аттестационные тесты Перечень практических навыков</p> <p>Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная шкала оценивания</p>
<p>ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоро-</p>	<p>Знать: основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в городских и районных онкодиспансерах и их структурных подразделениях; основы организации профилактики; основы организации медицинской деятельно-</p>	<p>Аттестационные тесты Перечень практических навыков</p> <p>Экзаменационные</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p> <p>Пятибалльная</p>

<p>вья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях</p>	<p>сти Уметь: принимать решения при работе со средним и младшим медицинским персоналом, и иными сотрудниками при работе в онкодиспансере Владеть: информирования пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»; общения с людьми; формирования приказов; формирования планов, принятия решений; владеть показателями, характеризующими состояние здоровья населения и результатами деятельности организаций и подразделений здравоохранения</p>	<p>вопросы Ситуационные задачи</p>	<p>шкала оценивания</p>
<p>ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</p>	<p>Знать: принципы сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и детей; основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, в части, касающейся организации медицинской помощи в учреждениях здравоохранения амбулаторного звена Уметь: применять методики сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья; применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях, в части, касающейся организации медицинской помощи в учреждениях здравоохранения амбулаторного звена Владеть: сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и детей; работы в прикладных программах, используемых для расчетов в лечебно-диагностической и организационно управленческой деятельности в учреждениях здравоохранения амбулаторного звена</p>	<p>Аттестационные тесты Перечень практических навыков Экзаменационные вопросы Ситуационные задачи</p>	<p>Зачтено / не зачтено Пятибалльная шкала оценивания</p>
<p>ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычай-</p>	<p>Знать: принципы организации лечебно-эвакуационных мероприятий в ЧС, порядок организации развертывания и работы учреждений здравоохранения в условиях массового по-</p>	<p>Аттестационные тесты Перечень практических навыков</p>	<p>Зачтено / не зачтено</p>

ных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	<p>ступления пострадавших в ЧС.</p> <p>Уметь: проводить медицинскую сортировку пострадавших в ЧС, проводить мероприятия по перестройке работы учреждения здравоохранения для приема пострадавших в ЧС.</p> <p>Владеть: навыками проведения медицинской сортировки в ЧС</p>	<p>Экзаменационные вопросы</p> <p>Ситуационные задачи</p>	<p>Пятибалльная шкала оценивания</p>
--	--	---	--------------------------------------

4. КОНТРОЛЬНЫЕ ЗАДАНИЯ, НЕОБХОДИМЫЕ ДЛЯ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

4.1. Практическая подготовка (перечень практических умений и навыков)

1. Базовая сердечно-легочная реанимация взрослых

Информация (брифинг) для ординатора: Вы увидели, что человеку стало плохо. Необходимо оказать ему первую помощь в рамках своих умений. На станции есть автоматический наружный дефибриллятор (АНД), однако воспользоваться им Вы сможете только после соответствующей голосовой команды. Сразу после входа на станцию АНД Вам недоступен.

1 сценарий. Полное нарушение проходимости верхних дыхательных путей у пострадавшего, вызванное инородным телом с последующей остановкой дыхания и кровообращения (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибриляции)

2 сценарий. Полное нарушение проходимости верхних дыхательных путей у пострадавшего, вызванное инородным телом с последующей остановкой дыхания и кровообращения (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, не подлежащий дефибриляции);

3 сценарий. Остановка дыхания и кровообращения у пострадавшего с их восстановлением после реанимационных мероприятий, сопровождающимся отсутствием сознания (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, подлежащий дефибриляции);

4 сценарий. Остановка дыхания и кровообращения у пострадавшего с их восстановлением после реанимационных мероприятий, сопровождающимся отсутствием сознания (в оснащении имеется автоматический наружный дефибриллятор; ритм, не подлежащий дефибриляции).

Сценарий 1 Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Приступил к первой помощи пострадавшему с инородным телом верхних дыхательных путей</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Спросил пострадавшего: «Вы подавились?»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Наклонил пострадавшего вперед	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Нанес 5 ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

5.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого удара	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Выполнил 5 надавливаний своим кулаком, накрытым ладонью второй руки, на верхнюю часть живота пострадавшего, обхватив его сзади	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого надавливания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	• факт вызова бригады	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	• место (адрес) происшествия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	• количество пострадавших	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	• пол	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	• примерный возраст	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	• состояние пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	• объём оказываемой помощи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Совершал 30 надавливаний подряд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Не сгибал руки в локтях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Отсчитывал надавливания вслух	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

28.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Применение АНД</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Включил АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Нажал на кнопку «Разряд» по команде АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Не прикасался к пострадавшему в момент нанесения разряда	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
42.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Показатели тренажера:</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
43.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
44.	Адекватное положение рук при надавливании (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
45.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
46.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
47.	Адекватный объём вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
48.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
49.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
50.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
51.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
52.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркальца, пёрышка и т.п.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

53.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
54.	Было выбрано неправильное место для нанесения ударов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
55.	Было выбрано неправильное место для надавливаний на живот	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Сценарий 2
Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	Критерии и оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Приступил к первой помощи пострадавшему с инородным телом верхних дыхательных путей</i>	
2.	Спросил пострадавшего: «Вы подавились?»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Наклонил пострадавшего вперед	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Нанес 5 ударов основанием своей ладони между лопатками пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого удара	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Выполнил 5 надавливаний своим кулаком, накрытым ладонью второй руки, на верхнюю часть живота пострадавшего, обхватив его сзади	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Оценивал факт удаления инородного тела после каждого надавливания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	
8.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	
14.	• факт вызова бригады	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	• место (адрес) происшествия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	• количество пострадавших	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	• пол	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	• примерный возраст	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	• состояние пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	• объём оказываемой помощи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	
21.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>	
24.	Совершал 30 надавливаний подряд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Не сгибал руки в локтях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Отсчитывал надавливания вслух	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	
28.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Применение АНД</i>	
36.	Включил АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Показатели тренажера:</i>	
41.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
42.	Адекватное положение рук при надавливаниях (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
43.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
44.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
45.	Адекватный объём вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	
46.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
47.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
48.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
49.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
50.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркальца, пёрышка и т.п.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
51.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
52.	Было выбрано неправильное место для нанесения ударов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
53.	Было выбрано неправильное место для надавливаний на живот	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Сценарий 3
Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	Критерии оценки
-------	---------------------	-----------------

1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	
2.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	
8.	<ul style="list-style-type: none"> • факт вызова бригады 	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	<ul style="list-style-type: none"> • место (адрес) происшествия 	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	<ul style="list-style-type: none"> • количество пострадавших 	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	<ul style="list-style-type: none"> • пол 	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	<ul style="list-style-type: none"> • примерный возраст 	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	<ul style="list-style-type: none"> • состояние пострадавшего 	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	<ul style="list-style-type: none"> • объём оказываемой помощи 	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	
15.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>	
18.	Совершал 30 надавливаний подряд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Не сгибал руки в локтях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Отсчитывал надавливания вслух	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	
22.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Применение АНД</i>	
30.	Включил АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

31.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Нажал на кнопку «Разряд» по команде АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Не прикасался к пострадавшему в момент нанесения разряда	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Показатели тренера:</i>	
37.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Адекватное положение рук при надавливании (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Адекватный объём вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Придание устойчивого бокового положения</i>	
42.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
43.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
44.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
45.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
46.	Запрокинул голову, открывая дыхательные пути	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
47.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
48.	Оценил наличие нормального дыхания в течение не менее 7 и не более 10 секунд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
49.	Расположил ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
50.	Дальнюю руку пострадавшего приложил тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
51.	Согнул дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене поставил её с опорой на стопу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
52.	Повернул пострадавшего на себя, надавив на колено согнутой ноги	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
53.	Подтянул ногу, лежащую сверху, ближе к животу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
54.	Слегка запрокинул голову пострадавшего для открытия дыхательных путей	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
55.	Проверил признаки дыхания у пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	
56.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
57.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
58.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
59.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

	зрчков на свет)	
60.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркалаца, пёрышка и т.п.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
61.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
62.	Повернул пострадавшего «от себя»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
63.	Нарушил последовательность придания устойчивого бокового положения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
64.	Отсутствовала проверка дыхания после придания устойчивого бокового положения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Сценарий 4
Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности и при необходимости обеспечил безопасные условия для оказания помощи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Определил признаки жизни</i>	
2.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Освободил грудную клетку пострадавшего от одежды	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего, двумя пальцами другой руки поднял подбородок пострадавшего и запрокинул голову, открывая дыхательные пути	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Оценивал наличие нормального дыхания не менее 7 и не более 10 секунд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Вызвал скорую медицинскую помощь по алгоритму:</i>	
8.	• факт вызова бригады	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	• место (адрес) происшествия	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	• количество пострадавших	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	• пол	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	• примерный возраст	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	• состояние пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	• объём оказываемой помощи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Подготовился к надавливаниям на грудную клетку:</i>	
15.	Встал на колени сбоку от пострадавшего, лицом к нему	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Основание ладони одной руки положил на центр грудной клетки пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Вторую ладонь положил на первую руку, захватив ее в замок	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Осуществил надавливания на грудину пострадавшего:</i>	
18.	Совершал 30 надавливаний подряд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Держал руки перпендикулярно плоскости грудины	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Не сгибал руки в локтях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Отсчитывал надавливания вслух	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

	<i>Выполнил вдохи искусственного дыхания:</i>	
22.	Использовал собственную специальную лицевую маску или лицевую пленку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Запрокинул голову пострадавшего, освобождая дыхательные пути, и сделал свой нормальный вдох	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Двумя пальцами руки, расположенной на лбу, зажал нос пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Произвел выдох в дыхательные пути пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Продолжая поддерживать проходимость дыхательных путей, разжал нос, убрал свои губы ото рта пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Повторил выдох в дыхательные пути пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Применение АНД</i>	
30.	Включил АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Правильно наклеил электроды на грудную клетку пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Не прикасался к пострадавшему во время анализа АНД сердечного ритма	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	По команде АНД приступил к надавливаниям на грудную клетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Продолжил проводить СЛР в течение 2-х минут до следующей команды АНД	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Показатели тренажера:</i>	
35.	Адекватная глубина надавливаний (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Адекватное положение рук при надавливаниях (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Полное расправление грудной клетки после каждого надавливания (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Адекватная частота надавливаний (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Адекватный объём вдохов искусственного дыхания (не менее 80%)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Придание устойчивого бокового положения</i>	
40.	Осторожно встряхнул пострадавшего за плечи	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Громко обратился к нему: «Вам нужна помощь?»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
42.	Ладонь одной руки положил на лоб пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
43.	Поднял подбородок пострадавшего двумя пальцами другой руки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
44.	Запрокинул голову, открывая дыхательные пути	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
45.	Наклонился щекой и ухом ко рту и носу пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
46.	Оценил наличие нормального дыхания в течение не менее 7 и не более 10 секунд	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
47.	Расположил ближнюю руку пострадавшего под прямым углом к его телу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

48.	Дальнюю руку пострадавшего приложил тыльной стороной ладони к противоположной щеке пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
49.	Согнул дальнюю от себя ногу пострадавшего в колене поставил её с опорой на стопу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
50.	Повернул пострадавшего на себя, надавив на колено согнутой ноги	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
51.	Подтянул ногу, лежащую сверху, ближе к животу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
52.	Слегка запрокинул голову пострадавшего для открытия дыхательных путей	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
53.	Проверил признаки дыхания у пострадавшего	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
	<i>Нерегламентированные и небезопасные действия:</i>	
54.	Отсутствовали надавливания на грудную клетку	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
55.	Проводилась оценка пульса на сонной артерии без оценки дыхания	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
56.	Проводилась оценка пульса на лучевой и/или других периферических артериях	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
57.	Проводилась оценка неврологического статуса (проверка реакции зрачков на свет)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
58.	Проводился поиск нерегламентированных приспособлений (платочков, бинтов, зеркальца, пёрышка и т.п.)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
59.	Проводился сбор анамнеза, поиск медицинской документации	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
60.	Повернул пострадавшего «от себя»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
61.	Нарушил последовательность придания устойчивого бокового положения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
62.	Отсутствовала проверка дыхания после придания устойчивого бокового положения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

2. Экстренная медицинская помощь.

Информация (брифинг) для ординатора: Вы врач своей специальности.

Медицинский/ая брат/сестра вызвал/а вас на помощь. Перед Вами пациент 45 лет (приблизительный вес 60 кг, рост 165 см). На этаже есть укладка экстренной медицинской помощи и мануальный дефибриллятор. Медицинский/ая брат/сестра – Ваш помощник, недавно приступил/а к работе, информации о причинах резкого ухудшения состояния пациента не имеет. Он/а будет выполнять по Вашему назначению манипуляции, входящие в его/её компетенцию.

Перечень ситуаций (сценариев)

1. Острый коронарный синдром (ОКС1), кардиогенный шок
2. Острый коронарный синдром (ОКС2), отёк легких
3. Анафилактический шок (АШ)
4. Желудочно-кишечное кровотечение (ЖКК)
5. Бронхообструктивный синдром на фоне бронхиальной астмы (БОС)
6. Тромбоэмболия легочной артерии (ТЭЛА)
7. Спонтанный пневмоторакс (Обструктивный шок)
8. Гипогликемия
9. Гипергликемия
10. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК)

Оценочный чек-лист

№	Действия ординатора	Номер сценария	Критерии оценки
1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Оценил сознание	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Проводил кислородотерапию при отсутствии показаний	4, 8, 9	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Обеспечил внутривенный доступ	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Верно наложил электроды	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Правильно интерпретировал ЭКГ	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голени и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Правильно вызвал СМП	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Применил двойную антиагрегантную терапию	1,2	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Использовал верные дозировки антиагрегантов	1,2	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Использовал оптимальный способ введения антиагрегантов	1,2	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Применил адреналин	3	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Использовал верные дозировки адреналина	3	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Использовал оптимальный способ введения адреналина	3	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Применил инфузионную терапию	4,9	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Использовал верный объем и скорость введения	4,9	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Применил сальбутамол	5	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Использовал верную дозировку сальбутамола	5	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

27.	Использовал оптимальный способ подачи сальбутамола	5	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Применил гепарин	6	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Использовал верную дозировку гепарина	6	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Использовал оптимальный способ введения гепарина	6	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Применил глюкозу	8	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Использовал верную дозировку глюкозы	8	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Использовал оптимальный способ введения глюкозы	8	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Использовал верную дозировку и оптимальный способ введения ЛС	10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Использовал дополнительные препараты	1,2,3,4,5,6	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Соблюдал приоритетность введения ЛС	1-6	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Верно выполнил пункцию плевральной полости	7	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Придал возвышенное положение головному концу кровати	2,10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Соблюдал последовательность ABCDE – осмотра	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Предпринял попытку повторного ABCDE – осмотра	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
42.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
43.	Использовал дефибриллятор на живом пациенте	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
При остановке кровообращения:			
44.	Диагностировал и подтвердил остановку кровообращения (озвучил в слух ритм с подключенного монитора ИЛИ подтвердил остановку кровообращения проверив сознание и дыхание)	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
45.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
46.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
47.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
48.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
49.	Правильно интерпретировал ритм	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
50.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
51.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
52.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
53.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
54.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
55.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
56.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соответствии компрессии: вдохи искусственной вентиляции легких 30:2 или дал команду	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
57.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

	массажа сердца		
58	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1 % раствора)	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
59	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
60	Через две минуты приготовился оценивать ритм	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
61	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
62	Правильно интерпретировал ритм	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
63	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессию грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
64	Обеспечил введение набранного эпинефрина	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
65	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
66	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
67	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
68	Во время остановки кровообращения вводил непоказанные лекарственные препараты	1-10	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

3. Проведение инфузионной терапии через подкожный порт

Информация (брифинг) для ординатора: Вы – врач-онколог. В палате дневного стационара Вас ждёт пациент для проведения курса химиотерапии. Раствор лекарственных препаратов для введения подготовлен, премедикация выполнена. Пациент в сознании, контактен. Необходимо провести инфузию через имплантированную венозную порт-систему. Инфузионная система собрана и заполнена лекарственным средством в соответствии с назначением

Перечень ситуаций (сценариев):

Сценарий 1. Подключение инфузионной системы через иглу Губера к имплантированной венозной порт-системе соответственно листу назначений №1

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	Критерии оценки
1.	Поздоровался с пациентом, представился	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Предложил пациенту сесть на стул	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Попросил пациента представиться (назвать ФИО, дату рождения)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Сверил данные с медицинской документацией	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Осведомился о самочувствии пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Информировал пациента о процедуре, выяснил, были ли ранее про-	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

	на- блемы с использованием имплантированной порт-системы (ИПС), личие аллергии на вводимое лекарственное средство (ЛС) и получил согласие на проведение процедуры	
7.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Собрал всё необходимое для проведения процедуры, проверил срок годности собранных материалов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Позиционировал пациента для проведения процедуры, попросил паци- ента раздеться и открыть место для пункции ИПС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Надел первую пару нестерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Спросил пациента о возможности осмотра и пальпации кожи над ИПС, осмотрел место над ИПС на наличие гиперемии, кожных дефек- тов, пропальпировал с целью уточнения болезненности	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Выбросил первую пару нестерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Надел вторую пару нестерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Подготовил к использованию стерильный лоток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Выложил в стерильный лоток первый шприц	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Выложил в стерильный лоток иглу Губера (ИГ)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Вскрыл две антисептические салфетки и выложил их в стерильный лоток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Вскрыл и выложил в стерильный лоток самоклеющуюся повязку для фиксации катетеров типа Cosmopor I.V.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Вскрыл две ампулы с натрия хлоридом, соблюдая правила асептики, с использованием двух антисептических салфеток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Выбросил вторую пару нестерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Надел первую пару стерильных перчаток, соблюдая инструкцию на упаковке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Набрал в первый шприц 20 мл натрия хлорида, не нарушая стериль- ность	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Промыл и заполнил ИГ натрия хлоридом, не нарушая стерильность	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Оставил ИГ с подключенным шприцом с натрия хлоридом в лотке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Обработал место пункции антисептической салфеткой два раза от цен- тра кожи с ИПС к периферии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Снял защитный колпачок с ИГ и ввел ИГ в полость ИПС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Открыл «замок» на катетере ИГ, выполнил контрольную тракцию до появления крови в луэр-коннекторе ИГ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Промыл ИПС остатком натрия хлорида в первом шприце	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

29.	Закрыв замоч на катетере ИГ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Фиксировал ИГ в коже повязкой для фиксации катетеров типа Cosmopor I.V.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Отсоединил шприц от луэр-коннектора ИГ и подключил к инфузионной системе (ИС)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Отрегулировал скорость инфузии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Выбросил первый шприц	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Выбросил первую пару стерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Во время инфузии спрашивал у пациента о самочувствии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Надел третью пару нестерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Перекрыл ИС и закрыл «замоч» на катетере ИГ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Выложил в стерильный лоток второй шприц	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
40.	Выложил в стерильный лоток самоклеющуюся послеоперационную повязку типа Cosmopor E	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Подготовил флакон с гепарином, соблюдая правила асептики, с использованием антисептической салфетки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
42.	Вскрыл третью и четвертую ампулы натрия хлорида, соблюдая правила асептики, с использованием двух антисептических салфеток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
43.	Выбросил третью пару нестерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
44.	Надел вторую пару стерильных перчаток, соблюдая инструкцию на упаковке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
45.	Набрал во второй шприц 0,1 мл гепарина и 20 мл натрия хлорида	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
46.	Отсоединил ИС от луэр-коннектора ИГ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
47.	Открыл «замоч» на катетере ИГ, промыл ИПС гепариновым раствором, тем самым установив гепариновый замок в ИПС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
48.	Извлек и выбросил ИГ со вторым шприцом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
49.	Наложил самоклеющуюся послеоперационную повязку типа Cosmopor E на место пункции	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
50.	Выбросил вторую пару стерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

51.	Выбросил образовавшиеся отходы в соответствующие контейнеры для их сбора	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
52.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
53.	Сделал отметку в медицинской документации о выполнении манипуляции	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Сценарий 2. Подключение инфузионной системы через иглу Губера к имплантированной венозной порт-системе соответственно листу назначений №2

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	Критерии оценки
1.	Поздоровался с пациентом, представился	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Предложил пациенту сесть на стул	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Попросил пациента представиться (назвать ФИО, дату рождения)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Сверил данные с медицинской документацией	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Осведомился о самочувствии пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Информировал пациента о процедуре, выяснил, были ли ранее проблемы с использованием имплантированной порт-системы (ИПС), наличие аллергии на вводимое лекарственное средство (ЛС) и получил согласие на проведение процедуры	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Собрал всё необходимое для проведения процедуры, проверил срок годности собранных материалов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Позиционировал пациента для проведения процедуры, попросил пациента раздеться и открыть место для пункции ИПС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Надел первую пару нестерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Спросил пациента о возможности осмотра и пальпации кожи над ИПС, осмотрел место над ИПС на наличие гиперемии, кожных дефектов, пропальпировал с целью уточнения болезненности	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Выбросил первую пару нестерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Надел вторую пару нестерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Подготовил к использованию стерильный лоток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Выложил в стерильный лоток первый шприц	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

16.	Выложил в стерильный лоток иглу Губера (ИГ)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	Вскрыл две антисептические салфетки и выложил их в стерильный лоток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Вскрыл и выложил в стерильный лоток самоклеющуюся повязку для фиксации катетеров типа Cosmopor I.V.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Вскрыл две ампулы с натрия хлоридом, соблюдая правила асептики, с использованием двух антисептических салфеток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Выбросил вторую пару нестерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Надел первую пару стерильных перчаток, соблюдая инструкцию на упаковке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Набрал в первый шприц 20 мл натрия хлорида, не нарушая стерильность	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Промыл и заполнил ИГ натрия хлоридом, не нарушая стерильность	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Оставил ИГ с подключенным шприцом с натрия хлоридом в лотке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Обработал место пункции антисептической салфеткой два раза от центра кожи с ИПС к периферии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Снял защитный колпачок с ИГ и ввел ИГ в полость ИПС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Открыл «замок» на катетере ИГ, выполнил контрольную тракцию до появления крови в луэр-коннекторе ИГ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Промыл ИПС остатком натрия хлорида в первом шприце	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Закрыл замок на катетере ИГ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Фиксировал ИГ в коже повязкой для фиксации катетеров типа Cosmopor I.V.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Отсоединил шприц от луэр-коннектора ИГ и подключил к инфузионной системе (ИС)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Отрегулировал скорость инфузии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	Выбросил первый шприц	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
34.	Выбросил первую пару стерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
35.	Во время инфузии спрашивал у пациента о самочувствии	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
36.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
37.	Надел третью пару нестерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
38.	Перекрыл ИС и закрыл «замок» на катетере ИГ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
39.	Выложил в стерильный лоток второй шприц	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

40.	Выложил в стерильный лоток самоклеющуюся послеоперационную повязку типа Cosmopor E	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
41.	Подготовил флакон с гепарином, соблюдая правила асептики, с использованием антисептической салфетки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
42.	Вскрыл третью и четвертую ампулы натрия хлорида, соблюдая правила асептики, с использованием двух антисептических салфеток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
43.	Выбросил третью пару нестерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
44.	Надел вторую пару стерильных перчаток, соблюдая инструкцию на упаковке	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
45.	Набрал во второй шприц 0,1 мл гепарина и 20 мл натрия хлорида	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
46.	Отсоединил ИС от луэр-коннектора ИГ	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
47.	Открыл «замок» на катетере ИГ, промыл ИПС гепариновым раствором, тем самым установив гепариновый замок в ИПС	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
48.	Извлек и выбросил ИГ со вторым шприцом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
49.	Наложил самоклеющуюся послеоперационную повязку типа Cosmopor E на место пункции	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
50.	Выбросил вторую пару стерильных перчаток	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
51.	Выбросил образовавшиеся отходы в соответствующие контейнеры для их сбора	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
52.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
53.	Сделал отметку в медицинской документации о выполнении манипуляции	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

4. Физикальное исследование (молочная железа)

Информация (брифинг) для ординатора: Вы – врач по своей специальности. В рамках регулярного амбулаторного профилактического обследования к Вам обратилась женщина. Жалобы и анамнез собраны и отражены в медицинской документации. Акушерско-гинекологический анамнез не отягощен. Вы обсудили и согласовали с пациенткой необходимость осмотра молочных желез на данном приеме. Озвучивайте все, что считаете необходимым при общении с пациенткой.

Сценарий 1. Пациентка с отягощенным семейным анамнезом по раку молочной железы

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	Критерии оценки
1.	Предложил пациентке раздеться выше пояса, повернуться лицом к свету, поставить руки на пояс или опустить их вниз	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Обработал руки гигиеническим способом, надел одноразовые перчатки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Оценил окраску кожных покровов и структуру кожи молочных желез, наличие отделяемого из сосков	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Оценил наличие следов выделений на молочных железах	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Сравнил правую и левую железы по размеру, форме и симметричности	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Оценил сосудистый рисунок, его характер	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Сравнил правый и левый соски молочных желез	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Произвел осмотр инфрамаммарной области	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Предложил пациентке поднять руки, скрестить их за головой, повторно осмотрел молочные железы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Произвел в положении стоя с поднятыми за голову руками непрерывную поверхностную пальпацию всей ткани молочных желез подушечками указательного, среднего и безымянного пальцев	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Произвел в положении стоя с поднятыми за голову руками непрерывную глубокую пальпацию молочных желез	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Поддерживал при пальпации ладонью неведущей руки молочную железу снизу или с противоположной от пальпации стороны	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Попросил женщину опустить руки вдоль туловища	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности правой молочной железы от центра к периферии (можно в обратном направлении), начиная с верхних квадрантов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности левой молочной железы от центра к периферии (можно в обратном направлении, начиная с верхних квадрантов)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Для оценки отделяемого из соска сжал пальцами ткань молочной железы у основания соска последовательно с обеих сторон	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	При необходимости взял биологический материал из соска/сосков для	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

	цитологического исследования	
18.	Пропальпировал надключичные лимфоузлы с обеих сторон	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Пропальпировал подключичные лимфоузлы с обеих сторон	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Предложил пациентке поставить руки на пояс	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Пропальпировал апикальную группу подмышечных лимфоузлов с обеих сторон	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Предложил опустить руки вдоль туловища	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Продолжил пальпацию остальных групп подмышечных лимфоузлов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Описал результаты пальпации регионарных лимфоузлов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Предложил пациентке лечь на кушетку для продолжения осмотра	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности правой молочной железы от центра к периферии, начиная с верхних квадрантов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности левой молочной железы от периферии к центру, начиная с верхних квадрантов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Предложил пациентке встать, одеться и сесть к столу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Верно утилизировал перчатки, простынь или пеленку, расходные материалы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Сообщил пациентке результаты осмотра и план дальнейшего обследования	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Верно заполнил графический протокол и написал заключение в амбулаторной карте	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	План обследования составил правильно, в полном объеме	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Сценарий 2. Пациентка с узловым образованием молочной железы

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатора	Критерии оценки
1.	Предложил пациентке раздеться выше пояса, повернуться лицом к свету, поставить руки на пояс или опустить их вниз	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Обработал руки гигиеническим способом, надел одноразовые перчатки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Оценил окраску кожных покровов и структуру кожи молочных желез, наличие отделяемого из сосков	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Оценил наличие следов выделений на молочных железах	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

5.	Сравнил правую и левую железы по размеру, форме и симметричности	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Оценил сосудистый рисунок, его характер	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Сравнил правый и левый соски молочных желез	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Произвел осмотр инфрамаммарной области	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Предложил пациентке поднять руки, скрестить их за головой, повторно осмотрел молочные железы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Произвел в положении стоя с поднятыми за голову руками непрерывную поверхностную пальпацию всей ткани молочных желез подушечками указательного, среднего и безымянного пальцев	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Произвел в положении стоя с поднятыми за голову руками непрерывную глубокую пальпацию молочных желез	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Поддерживал при пальпации ладонью неведущей руки молочную железу снизу или с противоположной от пальпации стороны	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Попросил женщину опустить руки вдоль туловища	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности правой молочной железы от центра к периферии (можно в обратном направлении), начиная с верхних квадрантов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности левой молочной железы от центра к периферии (можно в обратном направлении, начиная с верхних квадрантов)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Для оценки отделяемого из соска сжал пальцами ткань молочной железы у основания соска последовательно с обеих сторон	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	При необходимости взял биологический материал из соска/сосков для цитологического исследования	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Пропальпировал надключичные лимфоузлы с обеих сторон	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Пропальпировал подключичные лимфоузлы с обеих сторон	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Предложил пациентке поставить руки на пояс	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Пропальпировал апикальную группу подмышечных лимфоузлов с обеих сторон	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Предложил опустить руки вдоль туловища	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Продолжил пальпацию остальных групп подмышечных лимфоузлов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Описал результаты пальпации регионарных лимфоузлов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Предложил пациентке лечь на кушетку для продолжения осмотра	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности правой молочной железы от центра к периферии, начиная с верхних квадрантов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности левой молочной желе-	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

	лезы от периферии к центру, начиная с верхних квадрантов	
28.	Предложил пациентке встать, одеться и сесть к столу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Верно утилизировал перчатки, простынь или пеленку, расходные материалы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Сообщил пациентке результаты осмотра и план дальнейшего обследования	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Верно заполнил графический протокол и написал заключение в амбулаторной карте	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	План обследования составил правильно, в полном объеме	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Сценарий 3. Пациентка с выделениями из соска и патологией молочной железы
Оценочный чек-лист

№ п/п	Действия ординатура	Критерии оценки
1.	Предложил пациентке раздеться выше пояса, повернуться лицом к свету, поставить руки на пояс или опустить их вниз	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Обработал руки гигиеническим способом, надел одноразовые перчатки	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Оценил окраску кожных покровов и структуру кожи молочных желез, наличие отделяемого из сосков	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Оценил наличие следов выделений на молочных железах	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Сравнил правую и левую железы по размеру, форме и симметричности	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
6.	Оценил сосудистый рисунок, его характер	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Сравнил правый и левый соски молочных желез	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Произвел осмотр инфрамаммарной области	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Предложил пациентке поднять руки, скрестить их за головой, повторно осмотрел молочные железы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Произвел в положении стоя с поднятыми за голову руками непрерывную поверхностную пальпацию всей ткани молочных желез подушечками указательного, среднего и безымянного пальцев	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Произвел в положении стоя с поднятыми за голову руками непрерывную глубокую пальпацию молочных желез	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
12.	Поддерживал при пальпации ладонью неведущей руки молочную железу снизу или с противоположной от пальпации стороны	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
13.	Попросил женщину опустить руки вдоль туловища	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
14.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности правой молочной железы от центра к периферии (можно в обратном направлении), начиная с верхних квадрантов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

15.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности левой молочной железы от центра к периферии (можно в обратном направлении, начиная с верхних квадрантов)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Для оценки отделяемого из соска сжал пальцами ткань молочной железы у основания соска последовательно с обеих сторон	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
17.	При необходимости взял биологический материал из соска/сосков для цитологического исследования	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
18.	Пропальпировал надключичные лимфоузлы с обеих сторон	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
19.	Пропальпировал подключичные лимфоузлы с обеих сторон	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
20.	Предложил пациентке поставить руки на пояс	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
21.	Пропальпировал апикальную группу подмышечных лимфоузлов с обеих сторон	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
22.	Предложил опустить руки вдоль туловища	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
23.	Продолжил пальпацию остальных групп подмышечных лимфоузлов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
24.	Описал результаты пальпации регионарных лимфоузлов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
25.	Предложил пациентке лечь на кушетку для продолжения осмотра	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
26.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности правой молочной железы от центра к периферии, начиная с верхних квадрантов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
27.	Произвел круговую пальпацию всей поверхности левой молочной железы от периферии к центру, начиная с верхних квадрантов	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
28.	Предложил пациентке встать, одеться и сесть к столу	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
29.	Верно утилизировал перчатки, простынь или пеленку, расходные материалы	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
30.	Обработал руки гигиеническим способом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
31.	Сообщил пациентке результаты осмотра и план дальнейшего обследования	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
32.	Верно заполнил графический протокол и написал заключение в амбулаторной карте	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
33.	План обследования составил правильно, в полном объеме	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

5. Демонстрации коммуникативных навыков (рандомный выбор одного из вариантов сценария)

5.1. Сбор жалоб и анамнеза

Информация (брифинг) для выпускника: Вы – врач по своей специальности. Вас ожидает пациент. Вам необходимо провести только опрос пациента, завершить который необходимо фразой «Перейдем к осмотру». Завершив общение с пациентом, сообщите ему об этом и отпустите. Назовите выявленные жалобы и предположительный диагноз (диагностические

гипотезы), чтобы Вас мог слышать эксперт, который оценивает Вашу работу на станции. Результаты проведенного опроса письменно оформите в предложенной форме заключения.

5.2. Консультирование

Информация (брифинг) для выпускника: Вы – врач по специальности «Онкология». В регистратуру поликлиники с просьбой о консультации с врачом-онкологом обратился пациент(-ка).

Ваша задача – установить контакт с пациентом(-кой), уточнить причину его (ее) обращения и проконсультировать пациента по интересующей его информации, ответить на его (ее) вопросы. Объяснить суть назначенной манипуляции (цистоскопия) пациенту(-ке), донести ее важность и необходимость. Действуйте так, как Вы бы это делали в реальной жизни, исходя из того, что Вы с пациентом(-кой) ранее не знакомы.

Оценочный чек-лист

№ п/п	Действияординатора	Критерии оценки
Начало консультации. Установление контакта с пациентом		
1.	Поздоровался с пациентом	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
2.	Позаботился о комфорте пациента (сообщил, где можно расположиться / куда положить вещи / поинтересовался удобно ли пациенту)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
3.	Представился, назвав свои ФИО	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
4.	Объяснил свою роль	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
5.	Попросил пациента назвать свои ФИО и возраст	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Сбор информации. Расспрос пациента		
6.	Начал сбор информации с общего вопроса: «Что привело вас?», вместо вопросов о конкретных жалобах и проблемах	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
7.	Дослушивал ответы пациента до конца, не перебивая уточняющими вопросами, пока пациент не закончит.	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
8.	Резюмировал сказанное пациентом (обобщал, подводил итог сказанному, чтобы показать, что услышал пациента и проверить правильность своего понимания)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
9.	Проверил наличие других проблем или поводов для обращения, кроме уже ранее озвученной жалобы: «Что еще Вас беспокоит?» или «Какие еще проблемы Вы хотели обсудить?»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
10.	Задавал вопросы из анамнеза жизни и анамнеза заболевания пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
11.	Задавал несколько вопросов подряд (серию вопросов)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Выстраивание отношений в процессе общения		

12.	Поддерживал зрительный контакт (регулярно, не менее половины от всего времени взаимодействия)	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Завершение контакта с пациентом		
13.	Обозначил готовность завершить опрос и перейти к осмотру пациента	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
Клинические выводы		
14.	Назвал вслух, обращаясь к эксперту, список проблем/жалоб пациента, например, «Итак, мы выяснили, что пациента беспокоят ...»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
15.	Назвал вслух, обращаясь к эксперту, свои клинические гипотезы (или гипотезу), например, «На основании выявленных жалоб могу предположить, что...»	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет
16.	Оформил результаты расспроса пациента в форме заключения	<input type="checkbox"/> да <input type="checkbox"/> нет

Форма заключения для самостоятельного заполнения ординатором

ФИО пациента _____ Возраст _____	
Запишите список проблем, жалоб пациента и кратко главные выявленные факты для постановки диагноза (диагностических гипотез)	
Укажите свои диагностические гипотезы (гипотезу), которые можно сформулировать на основании полученной Вами информации, расположив их в порядке приоритетности	
1.	
2.	
3.	

4.2. Экзаменационные тесты

1. БОЛЬШИНСТВО ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКИХ СОСТАВЛЯЮТ:

- Фибромы
- Гамартомы*
- Тератомы
- Лейомиомы

2. РАК ВЛАГАЛИЩА I СТАДИИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- Инфильтрацией стенки мочевого пузыря
- Инфильтрацией клетчатки
- Инфильтрацией уретры
- Изолированным поражением влагалища*

3. ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти*
- Удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли
- Удаление гематогенных метастазов
- Удаление пораженного опухолью органа

4. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ КОРТИКОСТЕРОИДАМИ ПОКАЗАНО ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ:

- Опухоли Вильмса
- Опухолей коркового вещества надпочечников *
- Забрюшинной неорганный опухоли
- Нейробластомы

5. ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ НЕФРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПОЧКИ II СТАДИИ (T2N0M0) ПРОВОДИТСЯ:

- Лучевая терапия
- Таргетная терапия
- Динамическое наблюдение*
- Иммунотерапия

6. ПРИ ОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА С ЯВЛЕНИЯМИ СТЕНОЗА ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ:

- Субтотальной дистальной резекции желудка*
- Гастроэнтеростомии
- Пилоропластики
- Гастродуоденостомии

7. ПРЕИНВАЗИВНАЯ ФОРМА РАКА ТОЧНО УСТАНОВЛИВАЕТСЯ:

- Рентгенологически
- При проточной цитометрии
- Эндоскопически
- При прицельной биопсии*

8. ОТДАЛЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ОБОЗНАЧАЮТСЯ КАК:

- T1
- M1*

N1
G1

9. БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ – ОПУХОЛЬ, КОТОРАЯ:

Характеризуется местно-деструктивным ростом*

Метастазирует гематогенным путем

Метастазирует имплантационным путем

Метастазирует лимфогенным путем

10. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ:

Папиллярная аденокарцинома*

Недифференцированный рак

Медуллярный рак

Фолликулярная аденокарцинома

11. ПРИ СТАДИРОВАНИИ РАКА ПИЩЕВОДА ПО СИСТЕМЕ TNM РЕГИОНАРНЫМИ ЛИМФАТИЧЕСКИМИ УЗЛАМИ НЕ СЧИТАЮТСЯ:

Надключичные

Бифуркационные

Аортокавальные*

Диафрагмальные

12. НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЙ (АНАПЛАСТИЧЕСКИЙ) РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

Отсутствием или малой выраженностью метастазирования

Отсутствием функциональной активности*

Большой продолжительностью жизни с момента установления диагноза (более 2 лет)

Медленным развитием первичного очага

13. ПРИ РАКЕ МАТКИ МАТОЧНОЙ ТРУБЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ:

Надвлагалищную ампутацию матки с придатками + оментэктомию

Пангистерэктомию + оментэктомию

Расширенную экстирпацию матки с придатками + оментэктомию*

Пангистерэктомию

14. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМАМИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТ:

Боли в промежности, крестце

Микроскопическую гематурию

Дизурические расстройства*

Нарушение акта дефекации

15. ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

Цисплатин*

Ритуксимаб

Циклофосфамид

Меркаптопурин

16. В МОЧЕ ОБНАРУЖИВАЕТСЯ БЕЛОК БЕНС-ДЖОНСА ПРИ:

Черепно-мозговой травме
Эпилептической припадке
Маниакальном состоянии
Миеломной болезни*

17. ПРИ РАКЕ СРЕДНЕГРУДНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО НАБЛЮДАЮТ:

Боль за грудиной*
Срыгивание
Дисфагию
Кашель, одышку

18. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ И ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ ПНЕВМОЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЯВЛЯЕТСЯ:

Нагноение раны
Бронхиальный свищ*
Рефлюкс-эзофагит
Ателектаз здорового легкого

19. ПРИ НАЛИЧИИ ОТДАЛЕННЫХ ГЕМАТОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДЯТ:

Субтотальную тиреоидэктомию
Гемитиреоидэктомию
Гемитиреоидэктомию с перешейком
Тиреоидэктомию*

20. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСТРАЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ РАЗВИВАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ:

Краевой резекции легкого
Комбинированной или расширенной пневмонэктомии*
Сегментэктомии
Лобэктомии

21. ВЫБОР ТАКТИКИ ПРИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЗАВИСИТ ОТ:

Возраста пациента
Локализации опухоли
Симптомов
Стадии опухолевого процесса и жизненного прогноза*

22. ПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ СЕЛЕКТИВНОЙ ЛАЗЕРНОЙ ГИПЕРТЕРМИИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ НАРУЖНЫХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ, ДИАМЕТР КОТОРЫХ НЕ ПРЕВЫШАЕТ (В СМ):

6-8
5-6*
2-5
8-10

23. ПОСЛЕ ДИАГНОСТИЧЕСКОЙ СПЛЕНЭКТОМИИ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА СЛЕДУЕТ ОПАСАТЬСЯ ПРЕЖДЕ ВСЕГО:

Спаечной кишечной непроходимости
Деформации грудной клетки
Повышение частоты сепсиса*

Пареза левого купола диафрагмы

24. НАРУШЕНИЕ ОБМЕНА КАЛЬЦИЯ И ФОСФОРА НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

Синдроме Олбрайта
Фиброзной дисплазии
«Коричневой опухоли» гиперпаратиреозидизма*
Переломе челюсти

25. НАБЛЮДАЕТСЯ ВЫСОКАЯ ЧАСТОТА АССОЦИИИ САРКОМЫ КАПОШИ

И:

Лимфомы
Гепатита
СПИДа*
Экземы

26. К ОСНОВНЫМ СИМПТОМАМ РАННЕГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКОГО ОТНОСЯТ:

Кашель, боль в грудной клетке
Кровохарканье
Полное отсутствие клинических проявлений*
Боли в суставах и костях, потерю в весе, слабость

27. В СЛУЧАЕ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ ДИСТАЛЬНОЙ ЧАСТИ ПРОМЕЖУТОЧНОГО БРОНХА, ОСЛОЖНЕННОЙ НЕОБРАТИМЫМИ ИЗМЕНЕНИЯМИ ЛЕГОЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ, ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ:

Нижняя билобэктомия*
Верхняя лобэктомия
Пневмонэктомия
Стентирование главного бронха

28. РАДИКАЛЬНЫЕ РЕЗЕКЦИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ДАЮТ ЛУЧШИЙ РЕЗУЛЬТАТ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В:

Верхне-наружном квадранте*
Нижне-наружном квадранте
Нижне-внутреннем квадранте
Периареолярной зоне

29. БОЛЬНАЯ С ФИБРОАДЕНОМНОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ К/КО КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ:

1a
1b*
II
III

30. ЕСЛИ У БОЛЬНОЙ 32 ЛЕТ НА КОЖЕ МНОЖЕСТВЕННЫЕ ПИГМЕНТНЫЕ ПЯТНА ТИПА «КОФЕ С МОЛОКОМ», В ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКЕ ОПРЕДЕЛЯЮТСЯ МНОЖЕСТВЕННЫЕ МЯГКОТКАННЫЕ ОБРАЗОВАНИЯ РАЗМЕРОМ ДО 10,0 СМ, ТО ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ БОЛЕЗНЬ:

Горлин-Гольца
Пейтца-егерса
Маделунга

Реклингхаузена*

31. СРОК НАПРАВЛЕНИЯ В ОНКОЛОГИЧЕСКИЙ ДИСПАНСЕР ИЗВЕЩЕНИЯ О БОЛЬНОМ С ВПЕРВЫЕ ВЫЯВЛЕННЫМ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ СОСТАВЛЯЕТ (В ДНЯХ):

10

7 *

1

3

32. ИЗ НЕЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ КЛЕТОК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ:

Ретикулосаркома*

Фолликулярная аденокарцинома

Солидный рак с амилоидозом стромы

Плоскоклеточный рак

33. РИСК КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА У БОЛЬНЫХ ЯЗВЕННЫМ КОЛИТОМ ВОЗРАСТАЕТ ЧЕРЕЗ ___ ЛЕТ ОТ ДЕБЮТА ЗАБОЛЕВАНИЯ:

20

6-8*

10-15

5-10

34. КРИТЕРИЯМИ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ 1 СТУПЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ:

Нарушение сна из-за боли

Неопиоидные анальгетики эффективны менее 4-6 часов

Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале 40-70%

Интенсивность боли по визуально-аналоговой шкале не более 40%; неопиоидные анальгетики эффективны более 4-6 часов *

35. ПО ШКАЛЕ ESOG СОСТОЯНИЕ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО ОЦЕНИВАЕТСЯ В 3 БАЛЛА, ЕСЛИ ОН:

Способен к самообслуживанию, но не способен к нормальной деятельности или активной работе

Способен лишь к ограниченному самообслуживанию, проводит в кресле или постели более 50% времени бодрствования*

Совершенно не способен к самообслуживанию, прикован к креслу или постели

Не способен выполнять тяжелую, но может выполнять легкую и сидячую работу

36. ПРИ ПОДТВЕРЖДЕННОМ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ КОСТИ ДИНАМИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

КТ всего скелета 1 раз в год

Остеосцинтиграфию 1 раз в год, рентген при появлении болевого синдрома

Остеосцинтиграфию 1 раз в 6 месяцев, КТ зон наибольшей активности метастатического процесса *

Рентгенологический контроль 1 раз в год

37. ПОРАЖЕНИЕ КОСТНОГО МОЗГА И ПЕЧЕНИ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ ОТНОСЯТ К ___ СТАДИИ:

Ia

III

II
IV*

38. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЕ НОВООБРАЗОВАНИЕ» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ НА ОСНОВАНИИ ДАННЫХ:

Морфологического исследования *
Ультразвукового исследования новообразования
Биохимического исследования сыворотки крови
Диагностической лапароскопии

39. ЕСЛИ У БОЛЬНОЙ 62 ЛЕТ БАЗАЛИОМА КОЖИ ВИСОЧНОЙ ОБЛАСТИ ОКОЛО 1 СМ В ДИАМЕТРЕ, ТО НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ:

Лучевой терапии*
Химиотерапии
Хирургического удаления
Комбинированного лечения

40. ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА, КАК ПРАВИЛО, МЕТАСТАЗИРУЕТ:

Легкие *
Печень
Лимфоузлы
Кости

41. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ ДО ГОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

Химиотерапия + нефрэктомия
Лучевая терапия + нефрэктомия + химиотерапия*
Лучевая терапия + нефрэктомия
Только нефрэктомия

42. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛУЧЕВОМУ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ РАКОМ ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Миома матки больших размеров
Молодой возраст
Кольпит
Прорастание смежных с шейкой матки полостных органов*

43. НАИБОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ МАЛИГНИЗАЦИИ ____ ПОЛИПЫ ЖЕЛУДКА:

Ювенильные
Аденоматозные*
Гиперластические
Гиперплазиогенные

44. К МЕТОДАМ ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ ТОШНОТЫ И РВОТЫ (НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ, СОВРЕМЕННЫМ) ОТНОСЯТ:

Дополнительную инфузионную терапию (раствор глюкозы, Рингера и др.)
Блокаторы 5-3-серотониновых рецепторов*
Высокие дозы витаминов группы В
Блокаторы 2-гистаминорецепторов

45. К III КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТ ПАЦИЕНТОВ:

Находящихся в клинической ремиссии (практически здоровые)*

- С опухолью, подлежащей специфическому противоопухолевому лечению
- С сопутствующим воспалительным процессом
- С подозрением на рак, с предопухолевыми заболеваниями

46. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ЯИЧНИКОВ ОТНОСЯТСЯ:

- Герминогенные
- Мезенхимальные
- Метастатические
- Эпителиальные *

47. МИНИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ РАДИКАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- Пневмонэктомия
- Краевая резекция легкого
- Сегментэктомия
- Лобэктомия*

48. ОПЕРАЦИЮ ВАНАХА ПРЕВЕНТИВНО ЦЕЛЕСООБРАЗНЕЕ ВЫПОЛНЯТЬ ПРИ РАКЕ НИЖНЕЙ ГУБЫ ____ СТАДИИ:

- IIб*
- IIIб
- IVa
- IVб

49. ПО МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ ВЕМУРАФЕНИБ ОТНОСИТСЯ К:

- Ингибиторам топоизомеразы II
- Таргетным препаратам*
- Антиметаболитам
- Ингибиторам контрольных точек иммунного ответа

50. ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Прощупываемая увеличенная почка
- Анемия
- Гематурия*
- Боль в пояснице

51. ТОЛЩИНА МЕЛАНОМЫ КОЖИ, КОТОРАЯ КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК pT3, СОСТАВЛЯЕТ (В ММ):

- 2,01-4,0*
- 1,01-2
- Более 4,0
- До 1,0

52. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ЖЕЛУДКА МЕТАСТАЗИРУЕТ В:

- Яичники
- Кости
- Печень*
- Легкие

53. ИНГИБИТОРОМ АРОМАТАЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Тамоксифен

Мегестрол ацетат
Фуовестрант
Эксеместан*

54. ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЕМ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИМ НЕОБХОДИМОСТЬ СМЕНЫ РЕЖИМА ХИМИОТЕРАПИИ ПОСЛЕ ВЫПОЛНЕНИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЭТАПА ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ОСТЕОСАРКОМЕ, ЯВЛЯЕТСЯ:

Уровень гемоглобина
Степень лекарственного патоморфоза опухоли*
Наличие нежелательных явлений при проведении предоперационной химиотерапии
Край резекции R1

55. РИСК НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТИ ШВОВ ВОЗДУХОПРОВОДЯЩИХ ПУТЕЙ НАИБОЛЕЕ ВЫСОК ПОСЛЕ:

Комбинированной пневмонэктомии с резекцией левого предсердия
Расширенной пневмонэктомии с билатеральной лимфодиссекцией
Бронхопластической лобэтомии
Комбинированной пневмоэктомии с резекцией бифуркации трахеи*

56. ВЛИЯНИЕ ИОНИЗИРУЮЩЕЙ РАДИАЦИИ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СКАЗЫВАЕТСЯ У:

Лиц старше 60 лет
Детей*
Лиц в возрасте 41-59 лет
Лиц в возрасте 20-40 лет

57. ЕСЛИ У БОЛЬНОЙ 30 ЛЕТ ПРИ ГИСТОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ СОСКОБА СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ МАТКИ ВЫЯВЛЕНА ПРОСТАЯ АТИПИЧЕСКАЯ ГИПЕРПЛАЗИЯ ЭНДОМЕТРИЯ, ТО НАЗНАЧАЮТ:

Лечение гестагенами*
Лечение андрогенами
Наблюдение
Операцию

58. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА ПАРОКСИЗМАЛЬНОЙ СИМПТОМАТИКИ, НАРУШЕНИЙ ПАМЯТИ, ЧАСТИЧНОГО ВЫПАДЕНИЯ ПОЛЕЙ ЗРЕНИЯ МОЖНО ДУМАТЬ О НАЛИЧИИ ПОРАЖЕНИЯ _____ ДОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА:

Височной*
Теменной
Затылочной
Лобной

59. АДЕНОКИСТОЗНАЯ КАРЦИНОМА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ ОПУХОЛЬЮ:

Злокачественной мезенхимальной
Злокачественной эпителиальной*
Доброкачественной мезенхимальной
Доброкачественной эпителиальной

60. ПРИ УДАЛЕНИИ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА РАЗРЕЗ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНЯТЬ, ОТСТУПИВ ОТ ГРАНИЦ ПЯТНА:

2-3 см

- 1 см
- 2 мм
- 3-4 мм*

61. ВОЗНИКНОВЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ СИМПТОМАТИКИ ПРИ АДЕНОМЕ БРОНХА ОБЫЧНО СВЯЗАНО С:

- Ростом опухоли и оттеснением ею соседних анатомических образований
- Стенозированием опухолью просвета бронха и возникновением вентиляционных и дренажных осложнений*
- Метастазированием опухоли в другие органы
- Местным деструктивным процессом

62. В СЛУЧАЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИ РАСПОЛОЖЕННОГО МЕТАСТАЗА РАДИКАЛЬНО ОПЕРИРОВАННОЙ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДОЧНО-КИШЕЧНОГО ТРАКТА, ПРИ УСЛОВИИ ОТСУТСТВИЯ ИНЫХ МЕТАСТАТИЧЕСКИХ ОЧАГОВ, ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ:

- Пневмонэктомии
- Расширенной лобэктомии
- Атипичной резекции легкого*
- Сегментэктомии с удалением бронхопульмональных лимфоузлов

63. НАИБОЛЕЕ АГРЕССИВНЫМ ПУТЕМ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- лимфогенный
- интраканикулярный
- имплантационный
- гематогенный*

64. ПРЕДОПЕРАЦИОННОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО БОЛЬНЫМ С/СО ___ СТАДИЕЙ:

- III*
- IIa
- IIb
- I

65. ЧТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ОРХОФУНИКУЛЭКТОМИИ?

- Молодой возраст больного
- Тяжесть состояния больного*
- Множественные метастазы в легкие
- Множественные метастазы в забрюшинные лимфоузлы

66. РАК ВОЗНИКАЕТ ИЗ ТКАНИ:

- Сосудистой
- Мышечной
- Лимфатической
- Эпителиальной*

67. ИЗ ПАРАФОЛЛИКУЛЯРНЫХ КЛЕТОК (С-КЛЕТОК) ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ:

- Солидный рак с амилоидозом стромы*
- Плоскоклеточный рак
- Фолликулярная аденокарцинома

Ретикулосаркома

68. В КОМПЛЕКС МЕР ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВХОДИТ:
Предупреждение профессионально обусловленных заболеваний и травм, несчастных случаев*

Проведение медицинских осмотров с целью выявления заболеваний на ранних стадиях развития

Проведение курсов профилактического (противорецидивного) лечения

Организация школ здоровья для больных, страдающих хроническими заболеваниями

69. ПРИ САРКОМАХ МЯГКИХ ТКАНЕЙ СУММАРНАЯ ДОЗА ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ НА ОПУХОЛЕВЫЙ ОЧАГ СОСТАВЛЯЕТ (В ГР):

30-40

40-50

50-60

60-70*

70. ПОД ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА ПОНИМАЮТ:

Пропаганду онкологических знаний среди населения

Лечение онкологического заболевания

Лечение предопухолевых заболеваний*

Активный поиск онкологических больных

71. К ХАРАКТЕРНЫМ ДЕНСИТОМЕТРИЧЕСКИМ ПРИЗНАКАМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ В ХОДЕ ТРЕХФАЗНОЙ КОМПЬЮТЕРНОЙ ТОМОГРАФИИ ОТНОСИТСЯ:

Высокая нативная плотность и снижение контрастной плотности менее чем на 50% через десять минут после введения контраста

Высокая нативная плотность и снижение контрастной плотности более чем на 50% через десять минут после введения контраста

Низкая нативная плотность и снижение контрастной плотности более чем на 50% через 10 минут после введения контраста*

Низкая нативная плотность и снижение контрастной плотности менее чем на 50% через 10 минут после введения контраста

72. ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БАЗАЛИОМЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕДЕНИЕ СУММАРНОЙ ДОЗЫ (В ГР):

60-70

30-35

40-45

50-60*

73. ПРИ ПОРАЖЕНИИ ПЛЕВРЫ, ПОКРЫВАЮЩЕЙ ДИАФРАГМУ, ХАРАКТЕРНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ЛОКАЛИЗАЦИЯ БОЛИ:

Боку с иррадиацией в область живота

Нижней части грудной клетки и в надплечье*

Спине на уровне лопатки

Подмышечной области

74. ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧКА, ПРИ КОТОРОЙ ПОКАЗАНО УДАЛЕНИЕ ЗАБРЮШИННЫХ ЛИМФОУЗЛОВ, ЯВЛЯЕТСЯ:

Тератома

Хорионэпителиома
Семинома
Эмбриональная карцинома*

75. ДЛЯ ХОНДРОСАРКОМЫ ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ЗРЕЛОСТИ СВОЙСТВЕННО:

Медленное развитие с малой выраженностью симптомов*
Частые патологические переломы
Наличие сильных постоянных болей
Быстрый рост

76. МЕТАСТАЗ КРУКЕНБЕРГА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

В пупке
В прямокишечно-пузырной складке
Между ножками кивательной мышцы
В яичниках*

77. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ СУКРОВИЧНЫХ ВЫДЕЛЕНИЙ ИЗ ПОЛОВЫХ ПУТЕЙ У БОЛЬНОЙ, ПРИНИМАЮЩЕЙ ТАМОКСИФЕН В ТЕЧЕНИЕ 3 ЛЕТ ПО ПОВОДУ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, СЛЕДУЕТ:

Провести гемостатическую терапию
Увеличить дозу тамоксифена
Назначить гемостимуляцию
Отменить тамоксифен, провести гистероцервикоскопию с прицельной биопсией эндометрия*

78. С УВЕЛИЧЕНИЕМ ПАРАМЕТРАЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

Лучевая терапия*
Иммунотерапия
Химиотерапия
Хирургический

79. ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ИММУНОТЕРАПИЯ НИВОЛУМАБОМ ПРИМЕНЯЕТСЯ ПРИ АДЪЮВАНТНОМ РЕЖИМЕ ПРИ ___ СТАДИИ:

ПС
ПВ*
ПА
IA-IIA

80. ИЗ ЖЕЛЕЗИСТОГО ЭПИТЕЛИЯ ВОЗНИКАЕТ _____ РАК:

Базально-клеточный
Смешанный
Папиллярный*
Плоскоклеточный неороговевающий

81. НАИБОЛЕЕ РЕДКО РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ПОЛОСТИ РТА МЕТАСТАЗИРУЕТ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ:

В мягком и твердом нёбе*
На слизистой щеки
В корне языка
В подвижной части языка

82. ПЕРВИЧНЫЕ СИМПТОМЫ РАКА ЛЕГКОГО ОБУСЛОВЛЕННЫ ПРОЯВЛЕНИЕМ:

- Отдаленных метастазов
- Общего воздействия опухоли на организм
- Первичной опухоли бронха*
- Регионарных метастазов

83. ДИФФЕРЕНЦИРОВАТЬ РАК ОТ ПОЛИПА ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖНО ПРИ:

- Биопсии*
- Магнитно-резонансной томографии
- Лапаротомии пальпаторно
- Ультразвуковом исследовании

84. СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ TNM РАК ЯИЧНИКОВ T1 ХАРАКТЕРИЗУЕТ:

- Поражение одного яичника с метастазами в печень
- Опухоль в пределах яичников*
- Поражение одного яичника с метастазами в паховые лимфатические узлы
- Поражение одного яичника с метастазами в подвздошные лимфатические узлы

85. ПРЕПАРАТОМ, ПРИ ПРИМЕНЕНИИ КОТОРОГО ТРЕБУЕТСЯ ЗАЩИТА ОТ СОЛНЕЧНОГО СВЕТА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- Эпирубицин
- Пеметрексед
- Метотрексат
- Фторурацил*

86. НАЛИЧИЕ У БОЛЬНОГО РАКОМ ЛЕГКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ ОСТЕО-АРТРОПАТИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ ЭКТОПИЧЕСКОЙ СЕКРЕЦИИ _____ ГОРМОНА:

- Адренкортикотропного
- Антидиуретического
- Фолликулстимулирующего
- Соматотропного*

87. ПРЕВЕНТИВНОЕ ФАСЦИАЛЬНО-ФУТЛЯРНОЕ ИССЕЧЕНИЕ КЛЕТЧАТКИ ШЕИ ОПРАВДАНО ПРИ РАКЕ _____ СТАДИИ:

- Корня языка Pa*
- Подвижной части языка Ia
- Слизистой дна полости рта Pa
- Подвижной части языка Pa

88. РАЗВИТИЮ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМЫ БОЛЕЕ ПОДВЕРЖЕНЫ ЛЮДИ, КОНТАКТИРОВАВШИЕ С:

- Тяжелыми металлами
- Асбестом*
- Цементом
- Каменным углем

89. ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ПИЩЕВОДА У БОЛЬШИНСТВА БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Гиперсаливация
- Дисфагия I-II степени

Транзиторная дисфагия*

Осиплость голоса

90. МЕТОДОМ СКРИНИНГА РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Раковоэмбриональный антиген

Альфа-фетопротеин

Пальцевое исследование прямой кишки

Гемокульт-тест*

91. ЭНДОСКОПИЧЕСКАЯ КАРТИНА КАРДИОЭЗОФАГЕАЛЬНОГО РАКА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

Нарушением функции кардии*

Четко выраженной зубчатой линией

Не нарушенной функцией кардии

Отсутствием особенностей слизистой кардиоэзофагеального перехода

92. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ГЛИАЛЬНЫХ ОПУХОЛЕЙ НЕ ЗАВИСИТ ОТ _____ ОПУХОЛИ:

Размеров

Гистологической структуры*

Наличия перифокального отека

Локализации

93. РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ ДНА ПОЛОСТИ РТА РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ:

Лимфатической ткани

Мышечной ткани

Эпителиальной ткани*

Нервной ткани

94. РОСТ ОПУХОЛИ В ПРОСВЕТ ЖЕЛУДКА НАЗЫВАЮТ:

Экзофитным*

Эндофитным

Инфильтрирующим

Экспансивным

95. ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННОМ ГОРМОНОЗАВИСИМОМ (ЛЮМИНАЛЬНЫЙ А, ЛЮМИНАЛЬНЫЙ В ПОДТИПЫ) РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У БОЛЬНЫХ В МЕНОПАУЗЕ ЭНДОКРИННОЕ ЛЕЧЕНИЕ I ЛИНИИ ПРОВОДЯТ:

Антиэстрогенами *

Прогестинами

Андрогенами

Аналогами ЛГРГ

96. ВЕРОЯТНОСТЬ ОШИБОЧНОГО ЗАКЛЮЧЕНИЕ МАММОГРАФИИ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА:

При небольших размерах молочных желез

У женщин в глубокой менопаузе

При больших размерах молочных желез

При расположении опухоли на периферии молочной железы*

97. К ПЕРИФЕРИЧЕСКОМУ РАКУ ЛЕГКОГО ОТНОСИТСЯ _____ РАК:

Эндобронхиальный

Перибронхиальный узловой
Перибронхиальный разветвленный
Пневмониеподобный*

98. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО 47 ЛЕТ НЕОПЕРАБЕЛЬНАЯ ХЕМОДЕКТОМА ШЕИ, ТО СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ:

Сочетанную лучевую терапию
Симптоматическое лечение
Дистанционную лучевую терапию с паллиативной целью*
Дистанционную лучевую терапию по радикальной программе

99. ПРЕДРАКОВЫМ СОСТОЯНИЕМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Вирусный гепатит В *
Язвенный колит
Болезнь Менетрие
Болезнь Крона

100. К ПРЕДРАКОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ НЕПОЛИПОЗНОГО ХАРАКТЕРА, УВЕЛИЧИВАЮЩИМ РИСК КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ОТНОСЯТ:

Семейный аденоматоз
Дивертикулез*
Синдром Пейтца-Егерса
Ювенильный полип

101. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ И ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

Срыгивание застойным содержимым
Боль за грудиной и в спине
Усиленное слюноотделение
Дисфагия*

102. К ВНУТРИЭПИДЕРМАЛЬНОМУ РАКУ CANCER IN SITU ОТНОСИТСЯ:

Болезнь Боуэна*
Эритроплазия кейра
Базалиома
Опухоль Дарье-Феррана

103. ПЛАНИРОВАТЬ РАДИКАЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫХ ОПУХОЛЕВЫХ ПРОЦЕССАХ МОЖНО БОЛЬНОМУ С ДИАГНОЗОМ:

Мелкоклеточный рак легкого с метастазами в головном мозге
Рак желудка с метастазами в головной мозг
Рак щитовидной железы с метастазами в легких и костях
Резектабельный рак желудка с метастазом в яичнике*

104. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ ОБРАЗОВАНИЯ МЕЛАНОМЫ СУЩЕСТВУЕТ У ПАЦИЕНТОВ С:

Диспластическими невусами*
Солнечным кератозом
Пигментными пятнами
Себорейным кератозом

105. ХИМИОПРЕПАРАТОМ С ТОКСИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ НА ЛЕГКИЕ ЯВЛЯ-

ЕТСЯ:

Паклитаксел
Гемцитабин
Блеомицин*
Доксорубицин

106. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ФОРМОЙ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

узловая
папилломатозная
блюдцеобразная*
инфильтрирующая

107. ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ ДИФФЕРЕНЦИРОВКИ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА В КЛАССИФИКАЦИИ TNM СООТВЕТСТВУЕТ СИМВОЛ:

G1*
G3
G2
G4

108. ИЗ РАЗЛИЧНЫХ ОТДЕЛОВ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ПОРАЖАЕТ:

Нисходящую ободочную кишку
Сигмовидную кишку*
Поперечно-ободочную кишку
Селезеночный изгиб ободочной кишки

109. НА РАННИХ СТАДИЯХ РАЗВИТИЯ ДЛЯ РАКА ЯИЧНИКОВ ХАРАКТЕРНО:

Бессимптомное течение*
Наличие пальпируемой опухоли
Появление одышки
Увеличение в объеме живота

110. ДЛЯ ОПУХОЛЕВОЙ ФОРМЫ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО:

Преобладание среди ранних проявлений симптомокомплекса нарушения проходимости кишечника

Наличие пальпируемого опухолевого образования на фоне полного благополучия*
Поражение чаще левых отделов толстой кишки
Преобладание среди начальных клинических проявлений болевого синдрома

111. КЛЕТКАМИ ИММУННОЙ СИСТЕМЫ, УЧАСТВУЮЩИМИ В ПОДАВЛЕНИИ ОПУХОЛЕВОГО РОСТА, ЯВЛЯЮТСЯ:

Регуляторные Т-лимфоциты
Миелоидные супрессорные клетки
M2 макрофаги
Дендритные клетки*

112. РАБДОМИОСАРКОМА (ПРИ ГЕМАТОГЕННОМ МЕТАСТАЗИРОВАНИИ) НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗИРУЕТ В:

Легкие*
Печень
Кости скелета

Головной мозг

113. ТОКСИКО-АНЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В:

- Поперечно-ободочной кишки
- Нисходящей кишке
- Сигмовидной кишке
- Правых отделах ободочной кишки*

114. ОТСТУП ПРИ РАДИКАЛЬНОМ ИССЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ I-СТАДИИ ПРИ ТОЛЩИНЕ ОПУХОЛИ > 2 ММ СОСТАВЛЯЕТ (В СМ):

- 3,0
- 2,0*
- 4,0
- 1,5

115. К РАННЕМУ СИМПТОМУ РАКА ПИЩЕВОДА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ:

- Усиленное слюноотделение
- Боли за грудиной и в спине
- Дисфагию *
- Похудание

116. ПРИ МЕДУЛЛЯРНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ:

- Тиреоидэктомия
- Тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией*
- Гемитиреоидэктомия
- Гемитиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией

117. ПРИ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ ЦНС МРТ СПИННОГО МОЗГА РЕКОМЕНДОВАНО ВЫПОЛНЯТЬ У ПАЦИЕНТОВ С:

- Медуллобластомой*
- Олигодендроглиомой
- Глиобластомой
- Менингиомой

118. ПРИ ЛОКАЛИЗОВАННОМ ПРОЦЕССЕ С ПРИЗНАКАМИ МЕСТНОГО РАСПРОСТРАНЕНИЯ ОПУХОЛЕВОГО ПРОЦЕССА ПОКАЗАНО _____ ЛЕЧЕНИЕ:

- Комбинированное*
- Химиотерапевтическое
- Хирургическое
- Динамическое

119. БОЛЬНЫМ С САРКОМОЙ КАПОШИ НЕОБХОДИМО ИССЛЕДОВАНИЕ:

- ПЦР для идентификации вируса Varicella zoster
- Серологическое на ВИЧ *
- Серологическое на сифилис
- Серологическое на HBsAg

120. ОПУХОЛЬ ПИЩЕВОДА, ПРОРАСТАЮЩАЯ В ПРИЛЕЖАЩИЕ ОРГАНЫ: АОРТУ ИЛИ ПОЗВОНКИ, ИЛИ ТРАХЕЮ, СТАДИРУЕТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM КАК _____ СТАДИЯ:

T4b *
T3
T2
T4a

121. ГЛАВНОЕ ЗНАЧЕНИЕ ДЛЯ ИСХОДА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИМЕЕТ:

Возраст больной
Проведение химиолучевого лечения
Распространенность опухолевого процесса*
Объем оперативного вмешательства

122. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛУЧЕВОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

Недавний инфаркт миокарда *
Пожилой возраст
Молодой возраст
Железодефицитная анемия

123. ПОД РАДИОТЕРАПЕВТИЧЕСКИМ ИНТЕРВАЛОМ ПОНИМАЮТ РАЗНИЦУ В РАДИОПОРАЖАЕМОСТИ:

Нормальных и опухолевых тканей при одной и той же дозе*
Различных органов
Только опухолевых тканей
Только нормальных тканей

124. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМУ ПЕРЕРОЖДЕНИЮ ПОДВЕРГАЮТСЯ:

Множественные полипы
Ворсинчатые опухоли*
Единичные полипы
Язвы при язвенном колите

125. ТРЕТЬЕЙ СТУПЕНЬЮ ЛЕЧЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО БОЛЕВОГО СИНДРОМА (СОГЛАСНО РЕКОМЕНДАЦИЯМ ВОЗ) ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:

Слабых опиоидов
Нейролептаналгезии
Неопиоидных анальгетиков
Сильных опиоидов*

126. ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА ЯВЛЯЕТСЯ:

Борьба с вредными привычками
Выявление предраковых заболеваний*
Соблюдение правил личной гигиены
Активное выявление ранних форм рака

127. ПОД ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩЬЮ ОНКОЛОГИЧЕСКИМ ПАЦИЕНТАМ ПОНИМАЮТ:

Устранение хронического болевого синдрома
Аналог симптоматической терапии
Психологическая поддержка онкологических пациентов и их семей
Комплекс медицинских мероприятий, которые улучшают качество жизни онкологиче-

ского больного в терминальной стадии развития патологического процесса*

128. МЕТАСТАТИЧЕСКАЯ НАДПОЧЕЧНИКОВАЯ КАРЦИНОМА _____ БЫВАЕТ ДВУСТОРОННЕЙ И ВЫЯВЛЯЕТСЯ У _____ ПАЦИЕНТОВ С ИНЦИДЕНТАЛОМАМИ, У КОТОРЫХ РАК ИНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ:

- Редко; половины
- Часто; половины*
- Часто; 10%
- Редко; 10%

129. ПАЦИЕНТА, ИЗЛЕЧЕННОГО ОТ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ, СЛЕДУЕТ К _____ КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ:

- III*
- II
- Ia
- Iб

130. НА КОЖЕ ЛИЦА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РАЗВИВАЕТСЯ _____ МЕЛАНОМА:

- Узловая
- Поверхностно-распространяющаяся
- Лентигинозная*
- Беспигментная

131. ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ ВОВЛЕЧЕНИЕ СЕЛЕЗЕНКИ И ПАХОВОПОДВЗДОШНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ:

- II *
- I
- IV
- III

132. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Массивное кишечное кровотечение
- Перфорация опухоли
- Присоединение воспаления с развитием абсцессов, флегмон
- Кишечная непроходимость*

133. ПЕРВЫМ ЭТАПОМ ОРТОГРАДНОГО ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКИХ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ МЕТАСТАЗЫ В _____ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ:

- Бронхопульмональные
- Ппульмональные*
- Нижние трахеобронхиальные
- Паратрахеальные

134. ОПУХОЛЬЮ МОЗГОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Альдостерома
- Кортикостерома
- Андростерома
- Феохромоцитома*

135. ЛЕЧЕНИЕ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕ-

НОПАУЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Гормонотерапия
- Гормонотерапия и операция
- Операция*
- Операция и гормонотерапия

136. СОЧЕТАНИЕ ПРЕДОПЕРАЦИОННОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ, ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ И АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ, ПРОВОДИМЫХ ПО ОТНОШЕНИЮ К КАКОМУ-ЛИБО ЗЛОКАЧЕСТВЕННОМУ НОВООБРАЗОВАНИЮ, СОСТАВЛЯЕТ _____ ЛЕЧЕНИЕ:

- Комбинированное
- Симптоматическое
- Сочетанное
- Комплексное*

137. ХАРАКТЕР ДЕСТРУКЦИИ КОСТИ ПРИ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ:

- Литический*
- Смешанный
- Мелкоячеистый
- Бластический

138. ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО Т3N0M0 БОЛЬНОМУ ПРОВОДЯТ:

- Хирургическое лечение*
- Комбинированное цитостатическое и радиологическое лечение
- Лечение цитостатиками
- Лучевую терапию

139. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОГО ПАПИЛЛЯРНОГО ИЛИ ФОЛЛИКУЛЯРНОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ РАЗВИТИИ РАДИОЙОДРЕЗИСТЕНТНОСТИ ПОКАЗАНО НАЗНАЧЕНИЕ:

- Бевацизумаба
- Трастузумаба
- Цетуксимаба
- Сорафениба*

140. ФАКТОРОМ РИСКА ВОЗНИКНОВЕНИЯ ХОРИОКАРЦИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Аборт
- Самоаборт
- Внематочная беременность
- Предшествующая молярная беременность*

141. СИМПТОМОМ, С КОТОРЫМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБРАЩАЮТСЯ К ВРАЧУ БОЛЬНЫЕ ОПУХОЛЬЮ ВИЛЬМСА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- Пальпируемое опухолевидное образование в животе*
- Боль в животе
- Лихорадка
- Гематурия

142. ОКОНЧАТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ «РАК ЯИЧНИКОВ» МОЖЕТ БЫТЬ УСТАНОВЛЕН ТОЛЬКО ПРИ:

- Исследовании онкомаркеров
- Морфологическом исследовании*

УЗИ органов малого таза

МРТ органов малого таза

143. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЗАБОРА МАТЕРИАЛА ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

Получение мокроты

Фиброскопия с трансбронхиальной пункцией

Трансторакальная пункция*

Фиброскопия с трансбронхиальной биопсией

144. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ ДИСФАГИЕЙ РАК ЖЕЛУДКА, ЛОКАЛИЗУЮЩИЙСЯ:

В теле желудка

В пилорическом отделе

По большой кривизне

В кардии *

145. У БОЛЬНОГО РАКОМ ЯЗЫКА Т3N2M0 НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

Химиотерапевтический

Резекция языка + операция Крайля

Лучевая терапия + курсовая полихимиотерапия*

Лучевая терапия на область первичного очага с регионарными лимфоузлами

146. АКРАЛЬНО-ЛЕНТИГИНОЗНАЯ МЕЛАНОМА:

Крайне агрессивна

Встречается на подошвах стоп, ногтевых ложах*

Относится к меланомам без фазы радиального роста

Наиболее часто встречается у больных европеоидной расы

147. КРИТЕРИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ КОСТНОЙ ПЛАСТИКИ ПОСЛЕ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЧЕЛЮСТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

Характер метастазирования

Объем опухоли

Вид первичной опухоли

Отсутствие рецидива*

148. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ОЧАГА В КОСТИ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ОКОНЧАТЕЛЬНОГО ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

Гистологическую верификацию*

Остиосцинтиграфию

Компьютерную томографию

Рентгенографию

149. ПРИ НАЛИЧИИ У ПАЦИЕНТА НЕКРИТИЧНОСТИ К СВОЕМУ СОСТОЯНИЮ И ИЗМЕНЕНИЙ В ПОВЕДЕНИИ МОЖНО ДУМАТЬ О НАЛИЧИИ ПОРАЖЕНИЯ _____ ДОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА:

Височной

Затылочной

Теменной

Лобной*

150. ЦЕМЕНТОБЛАСТОМА ОТНОСИТСЯ К:

- Доброкачественным опухолям*
- Факультативному предраку
- Форме cancer in situ
- Злокачественным опухолям

151. ПРИ РАКЕ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ TNM, К КЛИНИЧЕСКОЙ I СТАДИИ ОТНОСЯТ _____ СТАДИЮ:

- T2aN0M0
- TisN0M0
- T2bN0M0
- T1N0M0*

152. НАИЛУЧШИЙ РЕЗУЛЬТАТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ТРАХЕИ И БРОНХОВ ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ:

- Лазера*
- Криодеструктора
- Электрокоагуляции
- Ультразвукового деструктора

153. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Изменение ритма сердца
- Отек руки на стороне операции*
- Тромбоэмболия легочной артерии
- Нагноение раны

154. РАНЬШЕ ДРУГИХ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОРАЖАЕТСЯ УЗЕЛ:

- Зоргиуса*
- Вирхова
- Пирогова-Розенмюллера
- Яремно-лопаточно-подъязычный

155. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ МОРФОЛОГИЧЕСКИМ ВАРИАНТОМ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Онкоцинарный
- Хромофильный
- Светлоклеточный*
- Рак собирательных протоков

156. ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОВЫШАЕТСЯ АНТИГЕН:

- CA 15-3
- СССА (плоскоклеточного рака)
- CA 125
- CA 19-9 *

157. ОБЩИМ ДЛЯ СТРОЕНИЯ ЗРЕЛЫХ ТЕРАТОМ СРЕДОСТЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЕ НАЛИЧИЕ В НИХ:

- Кожи*
- Эндодермы
- Нервной ткани
- Мезодермы

158. К МЕТОДАМ ВТОРИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ОТНОСИТСЯ:

- Проведение профилактических осмотров с использованием скрининговых тестов
- Лечение предраковых заболеваний*
- Проведение мероприятий по улучшению экологии
- Проведение диспансерного наблюдения за онкологическими больными

159. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЕЗНИ БОУЭНА ЯВЛЯЕТСЯ:

- Химиотерапия
- Хирургический*
- Витаминотерапия
- Антибиотикотерапия

160. В ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:

- Адриамицин
- Циклофосфамид*
- Митомицин
- Тегафур

161. ХАРАКТЕРНЫМИ ПРИЗНАКАМИ МЕТАСТАЗОВ МЕЛАНОМЫ В ПЕЧЕНЬ ЯВЛЯЮТСЯ:

- Синевато-коричневый цвет узлов и полиморфизм их формы и размеров
- Синевато-коричневый цвет узлов с пупковидным втяжением на вершине
- Сероватый цвет узлов и их округлая форма
- Сероватый цвет узлов и плотная консистенция*

162. НАИБОЛЕЕ РАННЮЮ ДИАГНОСТИКУ РАКА ЖЕЛУДКА ОБЕСПЕЧИВАЕТ:

- Поиск синдрома малых признаков
- Рентгенологическое исследование желудка
- Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- Гастроскопия с биопсией*

163. ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗАМИ ПОРАЖАЮТСЯ _____ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ:

- Паховые
- Внутригрудные*
- Подмышечные
- Забрюшинные

164. МИНИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СЛЕДУЕТ СЧИТАТЬ:

- Энуклеацию узла
- Гемитиреоидэктомию
- Гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка*
- Резекцию доли

165. ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО Т3N0M0 БОЛЬНОМУ 45 ЛЕТ СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

- Лучевую терапию
- Фотодинамическое лечение
- Хирургическое лечение*

Лечение цитостатиками

166. НАИБОЛЕЕ РАННЕЙ И ЧАСТОЙ ЖАЛОБОЙ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Асцит

Желтуха

Кожный зуд

Боль в правом подреберье и эпигастральной области*

167. ЦИТОСТАТИКОМ С ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ФАЗОВО-СПЕЦИФИЧЕСКИМ ДЕЙСТВИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Циклофосфамид*

Адриамицин

Трастузумаб

Платидиам

168. МЕТАСТАЗ КРУКЕНБЕРГА ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА ПРЕДСТАВЛЕН:

Объемным образованием яичников *

Увеличенными лимфатическими узлами в левой надключичной области

Увеличенными периумбиликальными лимфатическими узлами

Увеличенными параректальными лимфатическими узлами

169. В СООТВЕТСТВИИ С МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ANN-ARBOR II СТАДИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

Поражением одной лимфатической зоны или локализованным поражением одного экстралимфатического органа или ткани

Поражение лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы

Поражением двух или более лимфатических областей по одну сторону диафрагмы*

Диссеминированным поражением одного или нескольких экстралимфатических органов, с или без поражения лимфатических узлов

170. ДЛЯ ЭНТЕРОГЕННЫХ КИСТ (ЭНТЕРОКИСТОМ) СРЕДОСТЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ЛОКАЛИЗАЦИЯ В:

Кардио-диафрагмальном углу

Заднем средостении*

Переднем средостении

Центральном средостении

171. К КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИМ ФАКТОРАМ У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ОТНОСИТСЯ:

Пазопаниб

Деносумаб

Филграстим*

Ритуксимаб

172. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ВЫПОЛНЕНИЮ ИЗОЛИРОВАННОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

Полиорганная недостаточность

Сахарный диабет

Туберкулез легких

Острое нарушение мозгового кровообращения*

173. ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ I-II СТАДИИ ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ:

Экстирпация матки с придатками + оментэктомия

Экстирпация матки с придатками с тазовой лимфаденэктомией

Радикальной экстирпации матки с придатками с тазовой лимфаденэктомией *

Экстирпация матки с придатками с тазовой лимфаденэктомией + оментэктомия

174. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ СМЕШАННОЙ ОПУХОЛИ ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

Цитологическое исследование (пункционная биопсия)*

Сиалография

УЗИ окружающих тканей и слюнной железы

Иммунологическое исследование

175. К ПРЕПАРАТАМ, ПРИМЕНЕНИЕ КОТОРЫХ АССОЦИИРУЕТСЯ С ИММУНООПОСРЕДОВАННЫМИ НЕЖЕЛАТЕЛЬНЫМИ ЯВЛЕНИЯМИ, ОТНОСЯТ:

Ингибиторы тирозинкиназ

Ингибиторы циклинзависимых киназ

Ингибиторы EGFR

Цитокины*

176. К ГРУППЕ ОСТЕОМОДИФИЦИРУЮЩИХ АГЕНТОВ У БОЛЬНЫХ СО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ОТНОСИТСЯ:

Гефитиниб

Цетуксимаб

Бевацизумаб

Золендроновая кислота *

177. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА «ЗЛОКАЧЕСТВЕННАЯ ОПУХОЛЬ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ» НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

Ангиографию

Биопсию*

Компьютерную томографию

Сиалографию

178. ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО МЕЛАНОМЫ СЛИЗИСТОЙ МЯГКОГО НЁБА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРОВОДИТЬ:

Лучевое лечение

Химиолучевое лечение*

Химиотерапию

Хирургическое лечение

179. К ОБЛИГАТНОМУ ПРЕДРАКУ ОТНОСИТСЯ ХЕЙЛИТ:

Манганотти*

Актинический

Метеорологический

Аллергический контактный

180. НАЧАЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ОПУХОЛЕЙ ПОЛОСТИ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ ЯВЛЯЕТСЯ:

Наличие слизисто-гнойных и кровянистых выделений на стороне поражения*

Снижение слуха

Снижение зрения

Наличие увеличенных лимфоузлов шеи

181. ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ ОСНОВАНЫ ЧАЩЕ ВСЕГО НА:

Аутоиммунных реакциях*
Гормональной активности опухоли
Последствиях гиперспленизма
Психологической подавленности

182. ВЕРЕТЕНОВИДНЫЕ КЛЕТКИ В ХОДЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПТАТА КОЖИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ:

Псориазе обыкновенном
Саркоме Капоши*
Грибовидном микозе
Вульгарной пузырчатке

183. ОПУХОЛЬ ПИЩЕВОДА, ПРОРАСТАЮЩАЯ В ПЛЕВРУ ИЛИ БРЮШИНУ, ИЛИ ПЕРИКАРД, ИЛИ ДИАФРАГМУ, СТАДИРУЕТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM КАК _____ СТАДИЯ:

T4a *
T3
T4b
T2

184. С ЦЕЛЬЮ ОДНОМОМЕНТНОГО УДАЛЕНИЯ МЕТАСТАЗОВ В ОБОИХ ЛЕГКИХ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

Парастернальный доступ
Поперечную стернотомию*
Продольную стернотомию
Торакостернотомию по Кохеру

185. ОСНОВНЫМ ВИДОМ ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИПРОТОВОКОВЫХ ПАПИЛЛОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

Лучевой
Хирургический *
Лекарственный
Гормональный

186. К ДИСТАНЦИОННЫМ МЕТОДАМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСИТСЯ:

Внутритканевой
Аппликационной
Внутриполостной
Гамма-терапия *

187. В ВОЗНИКНОВЕНИИ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ ФАКТОРОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Ультрафиолетовое излучение
Наличие микротравмы
Злоупотребление алкоголем
Курение *

188. ПОД ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКОЙ РАКА ПОНИМАЮТ:

Активный поиск онкологических больных
Лечение предопухолевых заболеваний
Предупреждение воздействия канцерогенов на организм человека*
Пропаганду онкологических знаний среди населения

189. БОЛЬШИНСТВО ОБРАЗОВАНИЙ НАДПОЧЕЧНИКОВ ПРЕДСТАВЛЯЮТ СОБОЙ:

Кортикостеромы
Гормонально-неактивные аденомы*
Альдостеромы
Феохромоцитомы

190. ПРИ РЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ ИНФИЛЬТРАТИВНОМ РАКЕ ЖЕЛУДКА ПОКАЗА-

НА:
Гастрэктомия*
Субтотальная резекция желудка
Резекция пораженного участка желудка
Эзофагогастростомия

191. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАННЕЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ЯВЛЯЕТ-

СЯ:
Иммунотерапия
Химиотерапия
Хирургический*
Лучевая терапия

192. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО РАКОМ ПОЧКИ ОПУХОЛЬ 4,5 СМ, НЕ ВЫХОДЯЩАЯ ЗА ПРЕДЕЛЫ КАПСУЛЫ ПОЧКИ, БЕЗ МЕТАСТАЗОВ В ЛИМФОУЗЛАХ, ТО СЛЕДУЕТ:

Провести послеоперационную лучевую терапию
Провести предоперационную лучевую терапию
Ограничиться чисто хирургическим лечением*
Провести адъювантную иммунотерапию

193. К РАННИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПЕРВОГО ДНЯ ХИМИОТЕРАПИИ ОТНОСЯТ:

Нефротоксичность
Стоматит
Нейротоксичность
Тошноту и рвоту *

194. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ НЕФРОБЛАСТОМЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТ-

СЯ:
Химиотерапия
Лучевая терапия
Комбинированное лечение*
Хирургическое лечение

195. ДЛЯ РАКА ЯИЧНИКА IA СТАДИИ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ:

Одного яичника без прорастания капсулы*
Одного яичника с прорастанием капсулы
Одного яичника и асцит
Двух яичников без прорастания капсулы

196. ВЕДУЩИМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПРИ МЕЛАНОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Толщина опухоли*
- Гистотип
- Размер очага
- Локализация опухоли

197. ПРИ ГОРМОНОРЕЗИСТЕНТНОМ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЭФФЕКТИВНО СОЧЕТАНИЕ:

- Фторурацила + циклофосфида
- Кабазитаксела + преднизолона*
- Оливомицина + циклофосфида
- Блеомицина + винбластина

198. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ САРКОМЫ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Гистерография
- Гинекологический осмотр
- МРТ органов малого таза*
- Ультразвуковое исследование малого таза

199. ОБЪЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ КОНТРОЛЯ РАДИКАЛЬНОСТИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ ПО ПОВОДУ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Тонкоигольная аспирационная пункционная биопсия
- Гормональный тиреоидный статус
- Ультразвуковое исследование
- Сцинтиграфия *

200. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЯИЧКА МЕТАСТАЗИРУЮТ В:

- Легкие *
- Головной мозг
- Надпочечники
- Кости

201. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПИЩЕВОДА ЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТСЯ ВСЕ ПЕРЕЧИСЛЕННЫЕ, КРОМЕ:

- Полипов
- Аденом
- Папиллом
- Лейомиом*

202. РАКОМ ПИЩЕВОДА:

- Чаще болеют мужчины *
- Чаще болеют женщины
- Частота поражения не связана с полом
- Женщины после 40 лет

203. I СТАДИЮ РАКА ПИЩЕВОДА ХАРАКТЕРИЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗМЕРЫ ОПУХОЛИ:

- До 3 см *
- 4-5 см

6-8 см
Более 8 см

204. РАК ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЕТ:

Верхнюю треть
Среднюю треть*
Нижнюю треть
Одинаково часто развивается в любом отделе пищевода

205. АНГИОГРАФИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА ПРИ ДИАГНОСТИКЕ ОПУХОЛЕЙ:

Почки*
Желудка
Легких
Щитовидной железы

206. РАК ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ):

До 20
От 21 до 50 лет
От 51 до 70 лет*
Старше 70 лет

207. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОСТРЫЙ ЛЕЙКОЗ ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА НЕОБХОДИМО:

Провести исследование костного мозга*
Определить число ретикулоцитов
Провести биопсию лимфатического узла
Провести биопсию селезёнки

208. МЕТАСТАЗ "ВИРХОВА" ЭТО МЕТАСТАЗ В:

Клетчатку малого таза
Яичники
Пупок
Надключичные лимфатические узлы*

209. МЕТАСТАЗ ВИРХОВА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В:

Дугласовом пространстве
Надключичном лимфоузле справа
Надключичном лимфоузле слева*
Яичниках

210. ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕЛАНОМЫ НА КОЖЕ I ПАЛЬЦА СТОПЫ ПОКАЗАНО:

Иссечение опухоли с пластикой кожным лоскутом
Лазерное или криогенное воздействие
Иссечение опухоли с пластикой местными тканями
Ампутация I пальца (экзартикуляция)*

211. НАИБОЛЕЕ ТИПИЧНЫМИ РАННИМИ СИМПТОМАМИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

Одышка
Кровохарканье*

Осиплость голоса
Дисфагия

212. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ОТ КРАЕВ СЛЕДУЕТ ОТСТУПАТЬ НА (В СМ):

3,5
1,5*
0,5
5,0

213. ГИГАНТОКЛЕТОЧНАЯ ОПУХОЛЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В :

Позвоночнике
Костях черепа
Диафизе плечевой кости
Дистальном метаэпифизе бедренной кости*

214. МЕДУЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ:

А-клеток
В-клеток
С-клеток*
D-клеток

215. МЕДУЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ КЛЕТОК:

А и В
Только В
Только А
С*

216. К НОВООБРАЗОВАНИЯМ АПУД-СИСТЕМЫ ОТНОСЯТ:

Рак большой слюнной железы
Брахиогенный рак
Медуллярный рак щитовидной железы*
Менингиому

217. БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ:

В лимфоузлы
В печень
В легкие
Не дает метастазов*

218. ПНЕВМОНИЕПОДОБНЫЙ РАК ЯВЛЯЕТСЯ РАЗНОВИДНОСТЬЮ ____ РАКА:

Периферического*
Атипического
Метастатического
Центрального

219. К МЕЛАНОМО-НЕОПАСНЫМ НЕВУСАМ ОТНОСЯТ:

Синий (голубой) невус
Внутридермальный невус*
Пограничный пигментный невус
Гигантский пигментный невус

220. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Радиофосфорная проба
Лучевая меланурия (реакция Якша)
Термография
Морфологический метод*

221. В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ ЖЕНСКОГО НАСЕЛЕНИЯ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЗАНИМАЕТ:

1 место*
2 место
3 место
4 место

222. ДЛЯ МАССОВОЙ ДИАГНОСТИКИ ПАТОЛОГИИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИМЕНИМА:

Маммография*
Флюорография
Пункционная биопсия
Пальпация

223. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ:

Лимфатических узлов
Кровеносных сосудов
Железистого эпителия протоков*
Незрелой соединительной ткани

224. I СТАДИЮ РАКА ПИЩЕВОДА ХАРАКТЕРИЗУЮТ СЛЕДУЮЩИЕ РАЗМЕРЫ ОПУХОЛИ:

До 3 см *
4-5 см
6-8 см
Более 8 см

225. БОЛЬНОЙ 40 ЛЕТ ВЫПОЛНЕНА РАДИКАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРАВОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПО ПОВОДУ РАКА. ОПУХОЛЬ В ВЕРХНЕ-НАРУЖНОМ КВАДРАНТЕ (3,5 СМ) T2N0M0. В ДАЛЬНЕЙШЕМ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ:

Наблюдение
Лучевую терапию на правую молочную железу*
Лучевую терапию на молочную железу, подмышечную и надключичную зоны
Лучевую терапию на молочную железу, подмышечную, надключичную и парастер-
нальную зоны

226. БОЛЬНОЙ 45 ЛЕТ ВЫПОЛНЕНА РАДИКАЛЬНАЯ ОПЕРАЦИЯ ПО ПЕЙТИ ПО ПОВОДУ РАКА ЛЕВОЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАРУЖНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ. КЛИНИЧЕСКИ T2N0M0. ГИСТОЛОГИЧЕСКИ ОБНАРУЖЕНЫ МЕТАСТАЗЫ В 3-Х ПОДМЫШЕЧНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ. В ДАЛЬНЕЙШЕМ ЕЙ НЕОБХОДИМО:

Послеоперационное облучение грудной клетки (зоны рубца)
Послеоперационное облучение подмышечных и надключичных зон
Послеоперационная γ -терапия подмышечных, надключичных, парастер-
нальных зон
6 курсов ПХТ + послеоперационная ДГТ всех регионарных зон *

227. ПОСЛЕОПЕРАЦИОННАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ЦЕЛЕСООБРАЗНА ПОСЛЕ

РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ РМЖ:

- I стадии
- IIa стадии
- IIb стадии #
- III стадии #

228. РАК ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ПОРАЖАЕТ:

- Головку*
- Тело
- Хвост
- Крючковидный отросток

229. ТИПИЧНОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Аденокарцинома*
- Плоскоклеточный рак
- Карциноид
- Анапластический рак

230. МЕТАСТАЗ ШНИЦЛЕРА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

- В пупке
- В прямокишечно-пузырной складке *
- В яичниках
- В надключичных лимфоузлах

231. НАИБОЛЕЕ ПОЗДНО КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ:

- Рак тела желудка *
- Кардиального отдела
- Антрального отдела
- Пилорического канала

232. НАИБОЛЕЕ ПОЗДНО ПРОЯВЛЯЕТСЯ КЛИНИЧЕСКИ РАК ЖЕЛУДКА С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В:

- Кардиальном отделе
- Антральном отделе
- Теле желудка*
- Субкардиальном отделе

233. ПО ГИСТОЛОГИЧЕСКОМУ СТРОЕНИЮ РАК ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ ВСЕГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- Рак тела матки
- Рак желудка
- Злокачественная лимфома*
- Плоскоклеточный рак кожи

234. ДЛЯ РАКА ТЕЛА ЖЕЛУДКА НЕ ХАРАКТЕРНО:

- Анемия
- Дисфагия *
- Желудочный дискомфорт
- Ноющие боли в эпигастральной области

235. НА РЕНТГЕНОГРАММЕ ЭКЗОФИТНЫЙ РАК ЖЕЛУДКА ВЫГЛЯДИТ КАК:

Обширная ниша
Выбухание стенки желудка кнаружи
Дефект наполнения*
Характерного вида не имеет

236. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ СКЛАДОК СЛИЗИСТОЙ В ОБЛАСТИ ДЕФЕКТА НАПОЛНЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАКА ЖЕЛУДКА:

Обрыв складок слизистой*
Ниша и конвергенция складок в ней
Деформация складок
Истончение складок

237. БОЛЬНОМУ С НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА С МНОЖЕСТВЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В ПЕЧЕНЬ ПОКАЗАНО:

Лучевая терапия
Химиотерапия антрациклинами
Иммунотерпия
Симптоматическая терапия*

238. ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКОМ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Диффузный семейный полипоз*
Гиперпластические полипы
Неспецифический язвенный колит
Болезнь Крона

239. ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКОМ ДЛЯ ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ:

Диффузный семейный полипоз*
Неспецифический язвенный колит
Одиночный полип
Хронический колит

240. ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДМЕЛАНОЗНЫМ СОСТОЯНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Голубой невус
Меланоз Дюбрея*
Внутридермальный невус
Гигантский пигментный невус

241. КАКИЕ ИЗ ПРЕДОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ ОБЛИГАТНЫМ ПРЕДРАКОМ?

Болезнь Крона
Дивертикулы толстой кишки
Хронический колит
Диффузный семейный полипоз*

242. КАКОЙ ХИМИОПРЕПАРАТ МОЖНО ПРИМЕНИТЬ ПРИ НЕОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ:

Сарколизин
Винкристин
5-фторурацил*
Адриамицин

243. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТАСТАЗИРУЕТ В:

Лёгкие
Кости
Печень*
Головной мозг

244. АНАЛЬНЫЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗИРУЕТ В:

Паховые лимфоузлы*
Лёгкие
Печень
Кости позвоночника

245. РАК ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ИМЕЕТ МОРФОЛОГИЧЕСКУЮ ФОРМУ:

Лейомиомы
Аденокарциномы*
Папилломы
Фибромиомы

246. В КАКОМ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ ОПУХОЛИ, ЦИРКУЛЯРНО ОХВАТЫВАЮЩИЕ КИШКУ?

Нижнеампулярном
Среднеампулярном
Верхнеампулярном
Ректосигмоидном *

247. КАКОЙ МЕТОД ИССЛЕДОВАНИЯ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ МАССОВЫХ ПРОФОСМОТРАХ?

Колоноскопия
Ирригография
Ректороманоскопия*
Анализ крови на РЭА

248. НАИБОЛЕЕ РАННИМ СПЕЦИФИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ У БОЛЬНЫХ РАКОМ БИЛИОПАНКРЕАТОДУОДЕНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

Потеря веса
Механическая желтуха*
Асцит
Частая рвота

249. СИМПТОМ КУРВУАЗЬЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ:

Калькулезного холецистита
Рака головки поджелудочной железы*
Рака желчного пузыря
Рака дна желчного пузыря

250. ЦВЕТ МОЧИ ПРИ ЖЕЛТУХЕ НА ПОЧВЕ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ:

Светло-желтый
Темно-коричневый *
Цвета «мясных помоев»
Обесцвечен

251. ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА ЖЕЛЧНОГО ПУЗЫРЯ СПОСОБСТВУЕТ:

Полипоз кишечника
Хронический энтероколит
Желчекаменная болезнь*
Гепатит

252. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОКОМПЛЕКСОМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПЕРИАМПУЛЯРНОЙ ЗОНЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

Синдром холестаза*
Нарушение пассажа кишечного содержимого
Болевой синдром
Похудание, слабость, снижение аппетита

253. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ЯВЛЯЕТСЯ:

РХПГ
УЗИ органов брюшной полости
Ангиография
ФГДС*

254. ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ РОЛЬ В УВЕЛИЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РАКОМ ЛЕГКИХ ПРИНАДЛЕЖИТ:

Генетическому фактору
Профессиональным вредностям
Курению*
Загрязнению атмосферы

255. ОПРЕДЕЛЯЮЩАЯ РОЛЬ В УВЕЛИЧЕНИИ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ РАКОМ ЛЕГКИХ ПРИНАДЛЕЖИТ:

Генетическому фактору
Профессиональным вредностям
Табакокурению*
Загрязнению атмосферы

256. КРИТЕРИЙ M ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM ОБОЗНАЧАЕТ:

Наличие регионарных метастазов
Размер опухоли
Наличие отдаленных метастазов опухоли*
Степень опухолевой инвазии

257. ТЕРМИН «РАСШИРЕННАЯ ПНЕВМОНЭКТОМИЯ» ПОДРАЗУМЕВАЕТ УДАЛЕНИЕ ЛЕГКОГО С:

Удалением корневых, бифуркационных, верхних трахеобронхиальных лимфатических узлов

Удалением лимфоузлов переднего и заднего средостения, включая паратрахеальные, параэзофагеальные и вышеперечисленные группы *

Трансперикардальной обработкой сосудов легкого
Резекцией перикарда или грудной стенки

258. АДЬЮВАНТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНА:

При плоскоклеточном раке легкого

При аденокарциноме легкого
При мелкоклеточном раке легкого*
Показана при всех формах

259. НАИБОЛЬШАЯ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬ ХАРАКТЕРНА:

Для аденокарциномы легкого
Для эпидермоидного рака
Для мелкоклеточного рака легкого*
Для бронхиоло-альвеолярного рака

260. РАК НИЖНЕЙ ГУБЫ ЧАЩЕ РАЗВИВАЕТСЯ:

По средней линии
В стороне от средней линии*
В углу рта
С внутренней стороны губы

261. ОПУХОЛЬ НИЖНЕЙ ГУБЫ ДИАМЕТРОМ 3 СМ, ПЕРЕХОДИТ НА УГОЛ РТА, ИМЕЕТСЯ МЕТАСТАЗ В ПОДЧЕЛЮСТНОЙ ЛИМФОУЗЕЛ ОТНОСИТСЯ К:

I стадии
II стадии
III стадии*
IV стадии

262. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ОТ КРАЕВ СЛЕДУЕТ ОТСТУПАТЬ:

На 0,5 см
На 1,5 см*
На 3,5 см
На 5,0 см

263. НАЛИЧИЕ ИНФИЛЬТРАЦИИ РЕТИКУЛЯРНОГО СЛОЯ ПРИ МЕЛАНОМЕ УКАЗЫВАЕТ НА УРОВЕНЬ ИНВАЗИИ ПО КЛАРКУ:

II
III
IV*
V
I

264. ПОРАЖЕНИЕ СОСОЧКОВОГО (ПАПИЛЛЯРНОГО) СЛОЯ КОЖИ ПРИ МЕЛАНОМЕ СООТВЕТСТВУЕТ УРОВНЮ ИНВАЗИИ ПО КЛАРКУ:

I
II*
III
IV
V

265. ПОРАЖЕНИЕ ПОДКОЖНОЙ КЛЕТЧАТКИ ПРИ МЕЛАНОМЕ СООТВЕТСТВУЕТ УРОВНЮ ИНВАЗИИ ПО КЛАРКУ:

I
II
III
IV*

V

266. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Хирургический*

Лучевая терапия

Электрокоагуляция

Комбинированный

267. ХУДШИЙ ПРОГНОЗ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ МЕЛАНОМЫ НА КОЖЕ:

Головы

Верхних конечностей

Туловища*

Нижних конечностей

268. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ЛИЦА ОТ КРАЕВ СЛЕДУЕТ ОТСТУПАТЬ В ПРЕДЕЛАХ:

На 0,5 см

На 1,5 см*

На 3,0 см

На 5,0 см

269. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ТУЛОВИЩА И КОНЕЧНОСТЕЙ СЛЕДУЕТ ОТСТУПАТЬ ОТ КРАЕВ ОПУХОЛИ:

На 0,5 см

На 1 - 1,5 см

На 2,5 - 3,5 см*

На 5,0 см и более

270. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕЛАНОМЫ РАСПОЛАГАЮТСЯ НА:

Лице, голове, шее

Туловище*

Верхних конечностях

Нижних конечностях.

271. ПРИ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ ПО ХОЛСТЕДУ УДАЛЯЕТСЯ:

Вся молочная железа

Вся молочная железа и зоны регионарного метастазирования

Молочная железа, большая и малая грудная мышцы и зоны регионарного метастазирования *

Молочная железа, большая грудная мышца и зоны регионарного метастазирования

272. ШКОЛЫ ЗДОРОВЬЯ ЧАЩЕ ОРГАНИЗУЮТ ПО _____ ПАЦИЕНТОВ:

Возрасту

Профилю заболевания*

Половому составу

Уровню образования

273. НАИБОЛЕЕ РЕСУРСОЕМКОЙ ЯВЛЯЕТСЯ _____ МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ:

Амбулаторно-поликлиническая

Скорая медицинская

Санаторно-курортная

Стационарная *

274. ОСНОВНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ САРКОМЫ ЮИНГА ЯВЛЯЮТСЯ:

Боль, лихорадка, определяемая опухоль*
Повышение температуры, головная боль
Кожная сыпь, кашель, тошнота
Патологический перелом, головокружение

275. САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ:

Верхних конечностях
Туловище
Нижних конечностях*
Голове и шее

276. СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИЕЙ, ВЫПОЛНЯЕМОЙ ПРИ РАКЕ КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ:

Гастростомия*
Дистальная резекция желудка
Гастроэнтероанастомоз
Пилоропластика

277. НАИБОЛЕЕ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНЫМ ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ВИДОМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Аденокарцинома
Плоскоклеточный рак*
Слизистый рак
Недифференцированный рак

278. ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМОМ ДЛЯ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ И ИМЕЮЩИМ ВЫСОКИЙ РИСК РАЗВИТИЯ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ГИПЕРГЛИКЕМИИ И ГИПОНАТРИЕМИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

Митомицин
Оксалиплатин*
Карбоплатин
Доксорубицин

279. ПРИ ЛЕЧЕНИИ РАКА ЖЕЛУДКА ЕДИНСТВЕННЫМ ТАРГЕТНЫМ ПРЕПАРАТОМ, РЕКОМЕНДОВАННЫМ В ПЕРВОЙ ЛИНИИ ЛЕЧЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ

Цетуксимаб
Бевацизумаб
Трастузумаб*
Рамуцирумаб

280. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ТУЛОВИЩА И КОНЕЧНОСТЕЙ ОТ КРАЕВ ОПУХОЛИ СЛЕДУЕТ ОТСТУПАТЬ НА (В СМ)

3,5*
5,0
0,5
1,5

281. НАИЛУЧШИЙ РЕЗУЛЬТАТ ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОПУХОЛЯМИ ТРАХЕИ И БРОНХОВ ДОСТИГАЕТСЯ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ

Электрокоагуляции
Ультразвукового деструктора
Лазера*
Криодеструктора

282. КЛИНИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ, КОТОРЫЙ ЧАЩЕ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ РАКЕ СЛЕПОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

Боль схваткообразного характера
Анемия*
Наличие патологических выделений
Кишечное расстройство

283. К ФАКТОРАМ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ОТНОСЯТ:

Возраст пациента
Курение*
Количество остаточной мочи
Большой объем мочевого пузыря

284. К ОТЛИЧИЯМ ОРОГОВЕВАЮЩЕГО И НЕОРОГОВЕВАЮЩЕГО ПЛОСКО-КЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ОТНОСЯТ:

Разное течение заболевания*
Различную локализацию
Разные клинические проявления
Различные варианты диагностики

285. ПРИ РАКЕ ПОЧКИ I СТАДИИ ДЕСЯТИЛЕТНЯЯ ПОСТОПЕРАЦИОННАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ):

95-100*
60-65
20-25
75-80

286. ПРЕПАРАТ АЛАСЕНС (5-АМИНОЛЕВУЛИНОВОЙ КИСЛОТЫ ГИДРОХЛОРИД) ПРИМЕНЯЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ ИНТРАОПЕРАЦИОННОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ:

Парацитарных желез для профилактики ятрогенной гипокальцемии*
Узловых образований щитовидной железы
Пре- и паратрахеальных метастазов
Возвратных гортанных нервов

287. ТОЛЩИНА МЕЛАНОМЫ КОЖИ, КОТОРАЯ КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК РТ1, СОСТАВЛЯЕТ (В ММ):

Более 4,0
2,01-4,0
1,01-2
До 0,75*

288. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАКА ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ:

Дно полости рта
Язык*
Слизистая мягкого неба
Слизистая щеки

289. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ГЕПАТОЦЕЛЛЮЛЯРНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ:

- Лихорадка
- Синдром астении-кахексии
- Иктеричность кожных покровов
- Гепатомегалия*

290. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК КОЖИ ВОЗНИКАЕТ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ):

- Старше 65*
- 40-60
- 30-40
- 0-14

291. К ПРОТИВООПУХОЛЕВЫМ ВАКЦИНАМ ОТНОСЯТ:

- Моноклональные антитела к PD-1, PDL-1
- Моноклональные антитела к CTLA-4
- T-клетки с включением генно-модифицированного химерного рецептора
- Пептидные*

292. ПРИ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЮТ ИЗОТОП ЙОДА:

- Йод-125
- Йод-123
- Йод-127
- Йод-131*

293. ФОРМОЙ РАКА ЛЕГКОГО, СОПРОВОЖДАЮЩЕЙСЯ ТРИАДОЙ ГОРНЕРА И БОЛЬЮ ПО ХОДУ ПЛЕЧЕВОГО СПЛЕТЕНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- Пневмониеподобная
- Эндобронхиальная
- Рак Панкоста*
- Перибронхиальная

294. ПРОГНОЗ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ЦНС В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ _____ ОПУХОЛИ:

- Наличием очагов некроза в ткани
- Размером
- Гистологической природой*
- Расположением

295. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ АДЪЮВАНТНОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Усиление степени повреждения опухоли
- Эрадикация микрометастазов после излечения первичной опухоли*
- Изучение лекарственного патоморфоза для планирования дальнейшего лечения
- Уменьшение размеров опухоли

296. ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ТРАСТУЗУМАБОМ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА ПРОВОДИТСЯ ПРИ:

- Отсутствии экспрессии гена HER-2
- Гиперэкспрессии гена HER-2*
- Отсутствии мутации в гене N-ras

Наличии мутации в гене K-ras

297. НАЧАЛЬНАЯ ФАЗА ЛУЧЕВОЙ РЕАКЦИИ НА КОЖЕ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

Эритемой*

Некрозом

Гиперпигментацией

Образованием буллы

298. РАК ШЕЙКИ МАТКИ У ЖЕНЩИН МОЛОДОГО ВОЗРАСТА ЧАЩЕ ЛОКАЛИЗУЕТСЯ:

В средней трети цервикального канала

В верхней трети цервикального канала

В нижней трети влагалища

На влагалищной порции шейки матки*

299. ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ОДНОГО РЕГИОНАРНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА СТАДИРУЕТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (UICC, 8-Е ИЗДАНИЕ, 2017 Г.) КАК _ СТАДИЯ:

N1a*

N1b

N1c

N2a

300. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

Нарушение функции конечности

Боль*

Изменение окраски кожи над припухлостью

Припухлость мягких тканей

301. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ГЛУБИНЫ ПЕНЕТРАЦИИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

Магниторезонансная томография

Компьютерная томография

Эндосонография*

Ультразвуковое исследование

302. ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ПРИ СУПЕРСЕЛЕКТИВНОЙ ХИМИОЭМБОЛИЗАЦИИ СОСУДИСТОЙ СЕТИ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВЫ И ШЕИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

Цисплатин

Этопозид

Доксорубицин*

Винкристин

303. НЕСОСТОЯТЕЛЬНОСТЬ ШВОВ КУЛЬТИ БРОНХА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ ПРИ:

Пневмонэктомии*

Клиновидной резекции лёгкого

Сегментэктомии

Лобэктомии

304. ТРАНСФОРМАЦИЯ ПИГМЕНТНОГО НЕВУСА В ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ МЕ-

ЛАНОМУ МОЖЕТ ПРОЯВИТЬСЯ:

- Увеличением или неравномерностью пигментации
- Увеличением или неравномерностью плотности
- Неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса
- Изъязвлением, кровоточивостью*

305. ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛИМФОГЕННОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ:

- Контралатеральных надключичных*
- Подлопаточных
- Парастернальных
- Надключичных

306. В ГРУППУ РИСКА РАЗВИТИЯ РАКА ЯИЧНИКА ВХОДЯТ ЖЕНЩИНЫ С/СО:

- Сниженным уровнем тиреотропного гормона
- Фиброзно-кистозной мастопатией
- Повышенным уровнем пролактина
- Длительно существующей миомой матки*

307. ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ СТИМУЛЯЦИИ ЛЕЙКОПОЭЗА, ЯВЛЯЕТСЯ:

- Ацетилсалициловая кислота
- Циклоспорин
- Филграстим*
- Эптифибатид

308. ЦИТОСТАТИКОМ, КОТОРЫЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ В СХЕМАХ ХИМИОТЕРАПИИ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЁГКОГО, ЯВЛЯЕТСЯ:

- Цисплатин*
- Брунеомицин
- Винбластин
- Фторурацил

309. ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА, В СООТВЕТСТВИИ С КЛАССИФИКАЦИЕЙ TNM (UICC, 7-Е ИЗДАНИЕ, 2009 Г.), К КЛИНИЧЕСКОЙ IA СТАДИИ ОТНОСЯТ ___ СТАДИЮ:

- T1N0M0*
- TisN0M0
- T2N0M0
- T3N0M0

310. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЯИЧНИКОВ РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- Лапароскопия
- Гистологическое исследование*
- Ультразвуковое исследование
- Компьютерная томография

311. ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ВЫРАЖЕННОЙ ОДЫШКИ, ОТЁЧНОСТИ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЛИЦА И ШЕИ, А ТАКЖЕ РАСШИРЕНИЯ ПОДКОЖНЫХ ВЕН ВЕРХНЕЙ ПОЛОВИНЫ ТУЛОВИЩА У ПАЦИЕНТА, ПРОШЕДШЕГО НЕПОЛНЫЙ КУРС СПЕЦИАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЁГКОГО, С ЦЕЛЬЮ ОБЛЕГЧЕНИЯ ОПИСАННЫХ СИМПТОМОВ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО СТЕНТИРОВАНИЕ

_____):
Левой брахиоцефальной вены
Верхней поллой вены*
Плечеголового ствола
Правой брахиоцефальной вены

312. ПРИ ОТСУТСТВИИ РЕЦИДИВОВ В ТЕЧЕНИЕ 5 ЛЕТ ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ:

Проводится пожизненно – 1 раз в год*
Больше не проводится
Проводится дополнительно 2 года
Проводится дополнительно 3 года

313. В ЦИТОСТАТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ БОЛЬНЫХ РАКОМ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЬШЕЕ ЗНАЧЕНИЕ ИМЕЕТ:

Доксорубицин*
Митомицин
Циклофосфамид
Тегафур

314. ВЕДУЩИМИ КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЮТСЯ ПАТОЛОГИЧЕСКИЕ ВЫДЕЛЕНИЯ, БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И:

Диспепсический синдром*
Желтуха
Портальная гипертензия
Астенический синдром

315. У БОЛЬНОГО РАКОМ ЯЗЫКА T3N2M0 НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

Химиотерапевтический
Лучевая терапия на область первичного очага с регионарными лимфоузлами
Резекция языка + операция Крайля
Лучевая терапия + курсовая полихимиотерапия*

316. ОТДАЛЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ РАКА ГОРТАНИ И ГОРТАНОГЛОТКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В:

Печени
Легких*
Костях
Головном мозге

317. ОПУХОЛЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ПРОРАСТАЮЩАЯ В ГЛУБОКИЕ МЫШЦЫ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, СТАДИРУЕТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (UICC, 7-Е ИЗДАНИЕ, 2009 Г.) КАК _ СТАДИЯ:

T2a
T3a
T1
T2b*

318. ПЕРВЫЙ РАЗ ОПРЕДЕЛИТЬ УРОВЕНЬ ПРОСТАТСПЕЦИФИЧЕСКОГО АНТИГЕНА В КРОВИ У МУЖЧИНЫ РЕКОМЕНДУЕТСЯ В (В ГОДАХ):

30
50
40*
60

319. ЭФФЕКТИВНОСТЬ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ПОЧКИ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ):

50-60
более 60
30-40
10-15*

320. ЭКТОПИЧЕСКИЕ ЭНДОКРИННЫЕ ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЮТСЯ У БОЛЬНЫХ _____ ЛЁГКОГО

Аденокарциномой
Бронхиоло-альвеолярным раком
Плоскоклеточным раком
Мелкоклеточным раком*

321. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ВЫПОЛНЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ ЛЁГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ _____ ЛЁГКИХ:

Немелкоклеточный рак
Мелкоклеточный рак
Метастатическое поражение*
Аденокарцинома

322. ТОКСИКО-АНЕМИЧЕСКАЯ ФОРМА РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ:

Селезеночного изгиба
Восходящей кишки*
Нисходящей кишки
Сигмовидной кишки

323. МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИМ ПОДТИПОМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМИ РЕЦЕПТОРАМИ ЭСТРОГЕНОВ, HER2NEU(-), KI-67<10% ЯВЛЯЕТСЯ:

Базальноподобный
Люминальный В (Her2-отрицательный)
Люминальный А*
Her2-позитивный

324. В СТРУКТУРЕ СМЕРТНОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ЭКОНОМИЧЕСКИ РАЗВИТЫХ СТРАН ВЕДУЩИЕ МЕСТА ЗАНИМАЮТ:

Болезни системы кровообращения, новообразования*
Инфекционные и паразитарные заболевания, травмы и отравления
Болезни системы пищеварения, болезни органов дыхания
Психические заболевания, болезни нервной системы

325. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ В СИЛУ АНАТОМИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ, ПУТЕЙ ЛИМФОУТОКА И МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ _____ КВАДРАНТ:

Верхне-медиальный

Верхне-латеральный
Нижне-медиальный*
Нижне-латеральный

326. ПОДДЕРЖИВАЮЩИЙ РЕЖИМ ХИМИОТЕРАПИИ НАЗНАЧАЕТСЯ С ЦЕЛЬЮ:

Профилактики рецидивов после завершения основного курса*
Достижения ремиссии опухолевого процесса
Полной эрадикации опухоли
Продления жизни и улучшения её качества

327. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

Чрескожная чреспечёночная холангиография
Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
Магниторезонансная томография*
Ультразвуковое исследование

328. ПРИ МЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЁГКОГО ИСПОЛЬЗУЕТСЯ

Таргетная терапия
Адаптивная клеточная терапия
Гормонотерапия
Иммунотерапия*

329. ЛИМФОМА БЕРКИТТА ЯВЛЯЕТСЯ:

Лимфоплазмочитарной лимфомой
Бластной В-клеточной лимфомой из клеток среднего размера*
Лимфомой из клеток мантии
Фолликулярной лимфомой

330. ОТНОСИТЕЛЬНО РАНО НА ОБЗОРНЫХ РЕНТГЕНОГРАММАХ ОПУХОЛЕВЫЙ УЗЕЛ ПРИ ЦЕНТРАЛЬНОМ РАКЕ ЛЁГКИХ ВЫЯВЛЯЕТСЯ В СЛУЧАЕ _____ ТИПА РОСТА ОПУХОЛИ:

Эндобронхиального разветвлённого
Эндобронхиального узлового
Экзобронхиального узлового*
Перибронхиального разветвлённого

331. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ В РЕЖИМЕ КЛАССИЧЕСКОГО ФРАКЦИОНИРОВАНИЯ ОПУХОЛЬ ОБЛУЧАЮТ В ДОЗЕ _____ ГР _____ РАЗ/РАЗА В НЕДЕЛЮ:

1,6-1,8; 5
1,8-2; 5*
1,2-1,6; 4
4-5; 3

332. НАИЛУЧШИМ ПЛАСТИЧЕСКИМ МАТЕРИАЛОМ ДЛЯ ЗАМЕЩЕНИЯ ПИЩЕВОДА В НАСТОЯЩЕЕ ВРЕМЯ СЧИТАЕТСЯ:

Тонкая кишка
Желудок*
Трубчатый трансплантат из кожи
Толстая кишка

333. ЧАСТОТА ЛИМФОГЕННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ НАИБОЛЕЕ ВЕЛИКА ПРИ:

Мелкоклеточном раке*
Аденокарциноме лёгкого
Плоскоклеточном раке лёгкого
Крупноклеточном раке

334. К ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМ ОПУХОЛЯМ ПИЩЕВОДА НЕЭПИТЕЛИАЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ ОТНОСЯТ:

Лейомиомы*
Полипы
Аденомы
Папилломы

335. ПРИ РАСПРОСТРАНЁННОМ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МАКСИМАЛЬНУЮ АНДРОГЕННУЮ БЛОКАДУ ВЫЗЫВАЮТ:

Агонисты ЛГРГ, антиандрогены*
Гормоноцитостатики
Ингибиторы ароматазы
Эстрогены

336. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ РАКА ПИЩЕВОДА ПО СИСТЕМЕ TNM Т3 СООТВЕТСТВУЕТ ПРОРАСТАНИЕ:

и врастание в соседние органы
слизистого и подслизистого слоя
адвентиции*
мышечного слоя

337. РАДИОАКТИВНЫЙ ЙОД ПРИМЕНЯЮТ С ЦЕЛЬЮ ДИАГНОСТИКИ ОПУХОЛЕЙ:

Надпочечников
Щитовидной железы*
Желудка
Поджелудочной железы

338. ВЕРЕТЕНОВИДНЫЕ КЛЕТКИ В ХОДЕ ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ БИОПТАТА КОЖИ ОБНАРУЖИВАЮТСЯ ПРИ:

Грибовидном микозе
Вульгарной пузырчатке
Псориазе обыкновенном
Саркоме Капоши*

339. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ РАКА ЛЕВОЙ ПОЛОВИНЫ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Развитие гипохромной анемии
Болевой синдром
Чувство тяжести в верхней половине живота
Развитие толстокишечной непроходимости*

340. ПРИ II УРОВНЕ ИНВАЗИИ КОЖИ ПО КЛАРКУ МЕЛАНОМА:

Располагается под базальной мембраной до папиллярного слоя дермы*

Инфильтрирует папиллярно-ретикулярный слой дермы
Инфильтрирует глубокий ретикулярный слой дермы
Инфильтрирует подкожную клетчатку

341. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ АДЪЮВАНТНОЙ (ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ) ХИМИО-
ТЕРАПИИ ПО СХЕМЕ CMF НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНИТЬ ____ КУРСА/
КУРСОВ:

6*
4
2
8

342. ПРИ УВЕЛИЧЕНИИ СЕЛЕЗЕНКИ ОЧАГИ ЕЕ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФОМОЙ
ХОДЖКИНА ВЫЯВЛЯЮТ У:

Некоторых больных*
Всех больных
Всех подростков
Всех заболевших до 12 лет

343. ИЗОЛИРОВАННАЯ РЕГИОНАРНАЯ ПЕРФУЗИЯ ПРИМЕНЯЕТСЯ У ПАЦИЕН-
ТОВ, СТРАДАЮЩИХ:

Нерезектабельными саркомами мягких тканей конечностей*
Резектабельными саркомами мягких тканей
Системными заболеваниями
Доброкачественными новообразованиями конечностей

344. СЕМЕЙНЫЙ ПОЛИПОЗ ПЕРЕДАЕТСЯ:

Рецессивно
Доминантно*
Рецессивный ген сцеплен с 21 хромосомой
Сцеплен с X хромосомой

345. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТИНА ПРИ САРКОМЕ ЮИНГА МОЖЕТ БЫТЬ
СХОЖА С:

Хондросаркомой
Фиброзной дисплазией
Остеомиелитом*
Хондробластомой

346. ПРИ КОЛОНОСКОПИИ НЕЛЬЗЯ:

Установить факт метастазирования в отдаленные органы*
Верифицировать процесс
Определить локализацию опухоли
Определить протяженность опухоли

347. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ МЕТАСТАТИ-
ЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ПАРЕНХИМЫ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Лапароскопия
Рентгеновская компьютерная томография печени*
Биохимическое исследование крови
УЗИ с контрастным веществом

348. ЧАЩЕ МАЛИГНИЗИРУЮТСЯ ПОЛИПЫ:

На тонкой «ножке»

На широкой «ножке»

Диаметром до 0,5 см

С ворсинчатой структурой*

349. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАКА ЛЁГКОГО ПРОТИВОПОКАЗАНО ПРИ:

Метастазах в прикорневые лимфатические узлы

Ателектазе всего лёгкого

Одиночной метастазе в надключичный лимфатический узел*

Ателектазе доли лёгкого

350. ПРИ РАКЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ПРИМЕНЯЕТСЯ:

Симптоматическая терапия

Комбинированное лечение

Лучевая терапия*

Хирургическое лечение

351. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОЧАГОВ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОЙ МЕТАПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ БРОНХОВ ПРЕДШЕСТВУЕТ РАЗВИТИЮ ____ РАКА ЛЁГКИХ:

Мелкоклеточного

Крупноклеточного

Железистого

Плоскоклеточного*

352. МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, НЕОБХОДИМЫМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

Ректороманоскопия с биопсией*

УЗИ органов брюшной полости

Лапароскопия

Гастроскопия

353. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ФОРМОЙ РАКА ВЛАГАЛИЩА ЯВЛЯЕТСЯ РАК:

Светлоклеточный

Аденосквамозный

Железистый

Плоскоклеточный*

354. ПРИ МРТ ИССЛЕДОВАНИИ ПАЦИЕНТОВ С ОПУХОЛЬЮ ЦНС ПАТОГНОМОНИЧНЫМ ПРИЗНАКОМ ДЛЯ ОЛИГОАСТРОЦИТОМ И ОЛИГОДЕНДРОГЛИОМ (GRADEII) ЯВЛЯЕТСЯ/ЯВЛЯЮТСЯ:

Наличие кальцификатов*

Накопление контраста опухолью

Нечеткие контуры опухоли

Наличие зон некрозов в участках кровоизлияния

355. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ВНУТРИПРОТОВОКОВЫХ ОБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОДХОДИТ:

Маммография с контрастированием*

Маммография в косой проекции

Маммография в боковой проекции

Термография

356. ТОЧНО ДИАГНОСТИРОВАТЬ РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖНО НА ОСНОВАНИИ:

- Маммографии
- Клинической картины
- Морфологического исследования*
- Термографии

357. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ В СТРАНАХ:

- 1) Южной Америки
- 2) Северной Америки*
- 3) Азии
- 4) Африки

358. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ПРИЧИНАМ СМЕРТИ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ ПНЕВМОЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ОТНОСЯТ:

- Сердечно-сосудистую недостаточность
- Тромбоэмболию легочной артерии
- Пневмонию
- Бронхиальный свищ и эмпиему плевры*

359. В ОНКОХИРУРГИИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ЛИНИЯ РАЗРЕЗА ПРОХОДИТ НА РАССТОЯНИИ _____ СМ ОТ ВИЗУАЛЬНОГО КРАЯ ОЧАГА:

- 0,5-1,0
- 3,0
- 1,5-2,0*
- 5,0

360. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ «СИГНАЛОМ ТРЕВОГИ», ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВРАЧУ ЗАПОДОЗРИТЬ САРКОМУ КОСТИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- Гиперемия кожи и боль над опухолью
- Безболезненная медленнорастущая опухоль
- Неестественное положение конечности
- Пальпируемая неподвижная опухоль*

361. ВРАЧЕБНАЯ ТАКТИКА ПРИ ИММУННОМ АГРАНУЛОЦИТОЗЕ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

- Профилактику и лечение инфекционных осложнений*
- Обязательное назначение глюкокортикоидов
- Переливание одногруппной крови
- Переливание донорских гранулоцитов

362. МЕЛАНОМА КОЖИ ОТНОСИТСЯ К ОПУХОЛЯМ _____ ПРИРОДЫ:

- Эктодермальной
- Нейроэктодермальной*
- Дисэмбриональной
- Мезенхимальной

363. РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ОПУХОЛЯХ ЯИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ:

Компьютерная томография органов малого таза
Определение эмбрионального альфа-фетопротеина
Ультразвуковое исследование органов малого таза
Морфологическое исследование*

364. РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЁГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

Фибробронхоскопия*
Рентгеноскопия
Рентгенография
Томография

365. К НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМАМ РАКА ПРЯМОЙ КИШКИ ОТНОСЯТ:

Запоры
Выделение крови*
Высокую температуру
Похудание

366. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ФИБРОЗНОЙ ДИСПЛАЗИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Резекция, выскабливание очага*
Комбинированное лечение
Лучевая терапия
Химиотерапия

367. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ РАДИКАЛЬНОЙ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток
Достижение полной регрессии опухоли*
Снижение биологической активности опухолевых клеток
Достижение частичной регрессии опухоли

368. НАИБОЛЕЕ РАННИМ СИМПТОМОМ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА В КАРДИАЛЬНОМ ОТДЕЛЕ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ:

Дисфагия*
Боль в эпигастральной области
Боль за грудиной
Рвота

369. СРЕДИ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

Фиброаденома*
Фиброма
Аденома
Липома

370. К КОЛОНИЕСТИМУЛИРУЮЩИМ ПРЕПАРАТАМ, ПРИМЕНЯЮЩИМСЯ ПРИ АГРАНУЛОЦИТОЗЕ, ОТНОСЯТСЯ:

Кальцитонин, ибандроновая кислота
Ко-тримоксазол, эналаприл
Цефтриаксон, цефотаксим
Молграмостим, филграстим*

371. ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ У ПАЦИЕНТОК С ПЛАТИНОРЕЗИСТЕНТНЫМ РАКОМ ЯИЧНИКОВ, ЯВЛЯЕТСЯ:

Мелфалан*
Дакарбазин
Преднизолон
Метотрексат

372. НАИБОЛЕЕ ОПАСНЫМ ПИГМЕНТНЫМ НЕВУСОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ МЕЛАНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

Смешанный
Пограничный*
Голубой
Внутридермальный

373. БОЛЬНОЙ 45 ЛЕТ, ПОСТУПИВШИЙ В КЛИНИКУ С ЖАЛОБАМИ НА ОБЩУЮ СЛАБОСТЬ, ПОТЛИВОСТЬ, КОЖНЫЙ ЗУД, ПЛОХОЙ АППЕТИТ, ВЫСОКУЮ ТЕМПЕРАТУРУ ДО 39°C, БОЛЕН ОКОЛО 4 МЕСЯЦЕВ. ПРИ ОБСЛЕДОВАНИИ СОСТОЯНИЕ СРЕДНЕЙ ТЯЖЕСТИ, УВЕЛИЧЕНИЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИХ ЛИМФОУЗЛОВ, БОЛЬШЕ В ПРАВОЙ НАДКЛЮЧИЧНОЙ ОБЛАСТИ ДО 1,5 X 2,0 СМ, ПОДВИЖНЫЕ, НЕСВЯЗАННЫЕ С КОЖЕЙ. ПРИ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ: РАСШИРЕНИЕ ТЕНИ ВЕРХНЕГО СРЕДОСТЕНИЯ. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНЫМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ:

ВИЧ-инфекция
Туберкулез
Лимфогранулематоз*
Саркоидоз

374. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ ДИАГНОЗА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ НЕОБХОДИМО ПРОВЕДЕНИЕ:

Рентгенографии
УЗИ
Гистологического исследования биопсийного материала*
КТ

375. ПРИ МЕДУЛЛЯРНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТМЕЧАЕТСЯ ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ:

Раково-эмбрионального антигена
Тиреоидных гормонов
Тиреотропного гормона
Кальцитонина*

376. ПРОТАМИНА СУЛЬФАТ 1 МГ НЕЙТРАЛИЗУЕТ _____ ЕД ГЕПАРИНА:

2500-5000
70-50
80-100*
1000-1500

377. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ ТАКСАНОВ СОСТОИТ В

Реакции алкилирования молекул ДНК
Денатурации тубулина - белка микротрубочек*
Подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
Нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты

378. ЧАСТОТА ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МАТОЧНЫХ ТРУБ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ):

- 4-6
- 1-3*
- 10-20
- 6-10

379. МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ХЕЙЛИТЕ МАНГАНОТТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Хирургический*
- Консервативный медикаментозный
- Электрокоагуляция
- Криодеструкция

380. СИМВОЛ «N» В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ПРИНЯТ ДЛЯ ОБОЗНАЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ:

- Любых групп лимфатических узлов
- Метастазов в отдалённые органы
- Всех групп лимфатических узлов выше или ниже диафрагмы
- Только регионарных лимфатических узлов*

381. ПРИ СУБПЛЕВРАЛЬНО РАСПОЛОЖЕННОМ СОЛИТАРНОМ МЕТАСТАЗЕ, РАСТУЩЕМ ЭКСПАНСИВНО, НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫПОЛНЯЮТ:

- Пулumonэктомия
- Лобэктомия
- Клиновидную резекцию лёгкого*
- Билобэктомию

382. РАК ЖЕЛУДКА ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ У БОЛЬНЫХ _____ ГАСТРИТОМ

- Хроническим смешанным
- Анацидным
- Атрофическим гиперпластическим*
- Антральным ригидным

383. ОПУХОЛИ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ СОСТАВЛЯЮТ ОТ ВСЕХ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПОЧЕК И ВЕРХНИХ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ (В ПРОЦЕНТАХ):

- менее 5
- 30-40
- 5-15*
- 50-60

384. ВЕДУЩИМ ПРОГНОСТИЧЕСКИМ КРИТЕРИЕМ ПРИ МЕЛАНОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Гистотип
- Размер очага
- Толщина опухоли*
- Локализация опухоли

385. НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ПЕРВИЧНОГО ЖЕЛЕЗИСТОГО РАКА ЛЁГКОГО, ПО ПОВОДУ КОТОРОГО БЫЛА ВЫПОЛНЕНА ЛОБЭКТОМИЯ С ЦИРКУЛЯРНОЙ РЕЗЕКЦИЕЙ ГЛАВНОГО И ПРОМЕЖУТОЧНОГО БРОНХОВ, ЯВЛЯЕТСЯ:

- Устье верхнедолевого бронха*

Проксимальный отдел промежуточного бронха
Главный бронх на расстоянии 1,5 см от карины трахеи
Главный бронх на расстоянии 3 см от карины трахеи

386. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ К ХИМИОТЕРАПИИ ОПУХОЛЬЮ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ:

MALT-лимфома*
Перстневидноклеточный рак
Аденокарцинома высокодифференцированная
Аденокарцинома низкодифференцированная

387. МЕЛАНОМООПАСНЫМ НЕВУСОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Галоневус
Веррукозный невус
Фиброэпителиальный невус
Невус Ота*

388. В СЛУЧАЕ ЛОКАЛИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОГО ЖЕЛЕЗИСТОГО РАКА В ЯЗЫЧКОВЫХ СЕКМЕНТАХ ЛЁГКОГО, ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ _____ ЛОБЭКТОМИИ:

нижней; справа
средней; справа
верхней; слева*
нижней; слева

389. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОТДАЛЕННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В:

Лёгких*
Печени
Головном мозге
Желудке

390. ПРИЗНАКАМИ, ХАРАКТЕРНЫМИ ДЛЯ РАКА ГОРТАНИ II СТАДИИ ЯВЛЯЮТСЯ:

T2N1M0*
T1N0M0
T0N0M0
T1N1M (легкие)

391. ПРИ БОЛЕЗНИ РЕКЛИНГАУЗЕНА ВОЗНИКАЕТ:

Невринома
Множественная нейрофиброма*
Фиброма
Шваннома

392. ПРЕИНВАЗИВНАЯ ФОРМА РАКА ТОЧНО УСТАНОВЛИВАЕТСЯ:

При проточной цитометрии
При прицельной биопсии*
Рентгенологически
Эндоскопически

393. ФИБРОКОЛОНОСКОПИЮ ПРИ ВЫСОКОМ РИСКЕ РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО ПРОВОДИТЬ

- 1) каждые 2 года до 40 лет и ежегодно после 40 лет*
- 2) каждые 3 года в любом возрасте
- 3) каждые 5 лет в любом возрасте
- 4) ежегодно в любом возрасте

394. ОТДАЛЁННЫЕ МЕТАСТАЗЫ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ОБОЗНАЧАЮТСЯ КАК:

N1
M1*
G1
T1

395. РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ ОБЫЧНО ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ В ВИДЕ:

Плотного болезненного узла
Плотного безболезненного узла*
Диффузного уплотнения
Узла с размягчением в центральной части

396. ОПУХОЛЕВЫМИ МАРКЕРАМИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ ПРОСТАТИЧЕСКИЙ СПЕЦИФИЧЕСКИЙ АНТИГЕН И:

СА-125 (канцеро-антиген 125)
ХГ и ТБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический бета-глобулин)
АКТГ и кортизон
Кислая и щелочная фосфатаза*

397. ПРИ УЗИ u T2 СТАДИИ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОПУХОЛЬ:

Инфильтрирует наружный сфинктер
Прорастает в окружающую клетчатку или органы
Выявляется в пределах эпителия и подэпителиальной соединительной ткани
Инфильтрирует внутренний сфинктер*

398. ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ПРИ РАКЕ СЛЕПОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Наложение илеостомы
Правосторонняя гемиколэктомия с илеотрансверзоанастомозом*
Операция Гартмана
Наложение цекостомы

399. СИМПТОМЫ, НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫЕ ДЛЯ РАКА ПИЛОРИЧЕСКОЙ ЧАСТИ ЖЕЛУДКА, ОБУСЛОВЛЕННЫ ФЕНОМЕНОМ

Компрессии
Интоксикации
Деструкции
Обтурации*

400. ПЛОСКОКЛЕТОЧНАЯ МЕТАПЛАЗИЯ БРОНХОВ ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ _____ РАКА ЛЁГКОГО:

Железистого
Мелкоклеточного
Плоскоклеточного*
Крупноклеточного

401. МЕТОДОМ ВЫБОРА ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ КОСТИ 2 СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Резекция широким краем с реконструктивно-пластическим компонентом
- Внутриочаговая резекция с пластикой дефекта костным цементом*
- Ампутация конечности
- Пункционная пластика дефекта костным цементом

402. НАИЛУЧШИЙ ПРОГНОЗ ПЯТИЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ ИМЕЮТ БОЛЬНЫЕ РАКОМ ЛЁГКОГО С/СО ___ СТАДИЕЙ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

- I*
- II
- III
- IV

403. ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ БОЛЬШИХ РАЗМЕРАХ ОПУХОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА НЕ ПРОВОДЯТ ДЛЯ:

- Улучшения неврологического статуса пациента
- Подготовки к химио-лучевому лечению
- Осуществления радикальной программы лечения*
- Разрешения внутричерепной гипертензии

404. САМОСТОЯТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Хирургический*
- Химио-гормональный
- Лучевой
- Иммунотерапия

405. ДЕРМАТОЛОГИЧЕСКИЕ РЕАКЦИИ НА КОЖЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВЫЗЫВАЮТ:

- Противоопухолевые антибиотики
- Антиметаболиты
- Антрациклины
- Ингибиторы EGFR*

406. ПЕРВИЧНАЯ ОПУХОЛЬ ПРЯМОЙ КИШКИ, РАСПРОСТРАНЯЮЩАЯСЯ В МЫШЕЧНЫЙ СЛОЙ, СТАДИРУЕТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (UICC, 8-Е ИЗДАНИЕ, 2017 Г.) КАК ___ СТАДИЯ:

- Tis
- T1
- T2*
- T3

407. АДЪЮВАНТНУЮ ХИМИОТЕРАПИЮ ПРИ РАКЕ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПОСЛЕ ОПЕРАЦИИ МОЖНО НЕ НАЗНАЧАТЬ СПУСТЯ:

- 2 месяца
- 2 недели
- 1 месяц
- 3 месяца*

408. ОПУХОЛЮ, КОТОРАЯ НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНА К ХИМИОТЕРАПИИ, ЯВЛЯЕТСЯ:

Рак тела матки
Плоскоклеточный рак кожи
Злокачественная лимфома*
Рак желудка

409. ОСНОВНЫМ НАЧАЛЬНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

Наличие увеличенных регионарных лимфоузлов
Затруднение дыхания
Деформация в области щитовидной железы*
Общий опухолевый симптомокомплекс (вялость, слабость, адинамия)

410. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ АНТРАЦИКЛИНОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

Сердечно-сосудистая недостаточность*
Диссеминация опухолевого процесса
Повышение температуры тела до 37,5 °С
Отсутствие одной почки

411. ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ НЕФРЭКТОМИИ ПО ПОВОДУ РАКА ПОЧКИ II СТАДИИ (T2N0M0) ПРОВОДИТСЯ:

Иммунотерапия
Таргетная терапия
Лучевая терапия
Динамическое наблюдение*

412. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА НАЛИЧИЕ ОПУХОЛИ БРЮШНОЙ ПОЛОСТИ ИЛИ ЗАБРЮШИННОГО ПРОСТРАНСТВА У ДЕТЕЙ ПЕРВЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ, КОТОРОЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ, ЯВЛЯЕТСЯ:

УЗИ*
КТ
МРТ
Выделительная урография

413. ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ ЛАБОРАТОРНЫМ ТЕСТОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Раково-эмбриональный антиген
Маркер СА 19-9*
Нейронспецифическая енолаза
Биохимический анализ крови

414. ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ БАЗАЛИОМЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПОВЕДЕНИЕ СУММАРНОЙ ДОЗЫ (В ГР):

60-70
30-35
40-45
50-60*

415. ПАРАНЕОПЛАСТИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ, КОТОРЫЙ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ РАКЕ ЛЁГКОГО, ЯВЛЯЕТСЯ СИНДРОМ:

Пьера Мари – Бамбергера*
Кушинга

Пейтца – Егерса
Панкоста

416. ХЕМОНАИВНОМУ ПАЦИЕНТУ 69 ЛЕТ С НЕОПЕРАБЕЛЬНЫМ ГЕНЕРАЛИЗОВАННЫМ РАКОМ ЖЕЛУДКА, У КОТОРОГО ДИАГНОСТИРОВАНЫ МЕТАСТАЗЫ ПО БРЮШИНЕ, В ПЕЧЕНЬ, В КОСТИ, АСЦИТ ПОКАЗАНА:

Иммунотерапия
Лучевая терапия
Системная химиотерапия с использованием антрациклинов
Симптоматическая терапия*

417. С ЦЕЛЬЮ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА «САРКОМА КАПОШИ» НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ

Пробу Тцанка
Биопсию кожи*
Осмотр с лампой Вуда
Витроскопию

418. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ РАКА ПИЩЕВОДА ПО СИСТЕМЕ TNM T2 СООТВЕТСТВУЕТ ПРОРАСТАНИЕ:

Слизистого и подслизистого слоя
Мышечного слоя*
Клетчатки средостения
Адвентиции

419. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ Фолликулярной лимфомы?

Пятилетняя безрецидивная выживаемость более 50%
Отношение к индолентным лимфомам
Применение препарата брентуксимаб ведотин*
Соблюдение принципа «наблюдай и жди»

420. УТОЧНЯЮЩИМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ РАСПРОСТРАНЁННОСТИ ОПУХОЛИ УХА ЯВЛЯЕТСЯ:

Компьютерная томография*
Ангиография
Рентгенотомография
Сиалография

421. ПЕРВИЧНЫЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОСТИ ЧАЩЕ ВСЕГО ПОРАЖАЮТ _____ ОТДЕЛ _____ КОСТИ:

Проксимальный; большеберцовой
Дистальный; лучевой
Проксимальный; бедренной
Дистальный; бедренной*

422. К РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ РАКА ТЕЛА МАТКИ ОТНОСИТСЯ ВЫЯВЛЕНИЕ:

Высокодифференцированной аденокарциномы
Процесса на стадиях предрака, преинвазивной карциномы*
Рака без отдалённых метастазов
Рака без метастазов в регионарные лимфоузлы

423. К МЕЛАНОМООПАСНЫМ НЕВУСАМ ОТНОСЯТ:

Фиброэпителиальный невус
Веррукозный невус
Галоневус
Невус Ота*

424. ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ КОСТИ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ БОЛИ, УСИЛИВАЮЩИЕСЯ:

При охлаждении
При ходьбе*
При иммобилизации
Под влиянием физиотерапии

425. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИЗОЛИРОВАННОЕ ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ НАБЛЮДАЕТСЯ ПРИ:

Семиноме
Лимфоме*
Плазмацитоме
Ретикулосаркоме

426. КОНКУРЕНТНАЯ ХИМИОЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ РАКА ГОРТАНИ ОБЫЧНО ВКЛЮЧАЕТ ХИМИОПРЕПАРАТ:

Цисплатин*
Циклофосфан
Блеомицин
Метотрексат

427. ДИАГНОСТИКУ РАКА ЯИЧНИКОВ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С:

Флуоресцентного исследования с опухолевотропными фотосенсибилизаторами
Магнитно-резонансной томографии органов малого таза
Ультразвукового исследования органов малого таза*
Компьютерной томографии органов малого таза

428. ПРИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМ ДИАГНОЗЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ В УСЛОВИЯХ ПОЛИКЛИНИКИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРОВЕДЕНИЕ:

Мультиспиральной компьютерной томографии живота
Позитронно-эмиссионной и компьютерной томографии живота
Фиброгастроуденоскопии
УЗИ печени и внутривенных желчных протоков*

429. ГЛАВНОЙ ЗАДАЧЕЙ СКАНИРОВАНИЯ С ПРИМЕНЕНИЕМ РАДИОАКТИВНОГО ФОСФОРА ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

Выявление метастазов в регионарных лимфатических узлах
Определение внутриорганный распространённости опухоли
Проведение дифференциальной диагностики*
Определение внеорганный распространённости опухоли

430. II СТАДИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM СООТВЕТСТВУЕТ:

T3N0M0*
T1N0M0
T4N1M0
T2N2M1

431. ОСТРЫЕ МИЕЛОИДНЫЕ ЛЕЙКОЗЫ ВСТРЕЧАЮТСЯ:

Преимущественно у детей от 0 до 3 лет

Преимущественно у детей от 3 до 18 лет

Равномерно во всех возрастных группах

Преимущественно у лиц старше 60 лет*

432. НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЁННЫМ ВИДОМ РАКА У ЖЕНЩИН ЯВЛЯЕТСЯ
РАК:

Яичников

Молочной железы*

Шейки матки

Вульвы

433. НА КОЖЕ ЛИЦА ПРЕИМУЩЕСТВЕННО РАЗВИВАЕТСЯ _____ МЕЛАНОМА:

Лентигинозная*

Поверхностно-распространяющаяся

Узловая

Беспигментная

434. НЕПОСРЕДСТВЕННЫМ ИСПОЛНИТЕЛЕМ ОРГАНИЗАЦИИ ХРАНЕНИЯ И
РАСХОДА МЕДИКАМЕНТОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

Старшая медицинская сестра*

Медсестра процедурного кабинета

Заведующий структурным подразделением

Постовая медицинская сестра

435. ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЭПИТЕЛИАЛЬНЫХ ОПУ-
ХОЛЕЙ КОЖИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПОДВЕДЕНИЕ СУММАРНОЙ ДОЗЫ (В
ГР):

50-70*

30-50

70-90

20-30

436. ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ ГОРМОНОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
ОПТИМАЛЬНЫМ СОЧЕТАНИЕМ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ ЯВЛЯЕТ-
СЯ:

РЭ(-) и РП(+)

РЭ(+) и РП(+)*

РЭ(-) и РП(-)

РЭ(+) и РП(-)

437. МЕТОДОМ ИНТРАОПЕРАЦИОННОГО ОПРЕДЕЛЕНИЯ СИГНАЛЬНОГО
ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

Визуальный*

Рентгенологический

Однофотонная эмиссионная компьютерная томография

Пальпаторный

438. ПРИ РАКЕ ВНУТРИГРУДНОГО (ВЕРХНИЙ, СРЕДНИЙ, НИЖНИЙ) ОТДЕЛА
ПИЩЕВОДА К РЕГИОНАРНЫМ ЛИМФАТИЧЕСКИМ УЗЛАМ НЕ ОТНОСЯТ

ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ:

Внутренние яремные*
Медиастинальные
Нижние околопищеводные
Перигастральные, исключая чревные

439. К АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯМ ДЛЯ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ПИЩЕВОДА ОТНОСЯТ:

Локализацию опухоли в верхнегрудном и шейном отделах пищевода
Выраженную дисфагию
Эндоскопически определяемые признаки перфорации*
Протяженность поражения более 8 см

440. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

Панцирная
Рак Педжета
Узловая*
Рожеподобная

441. К АНТИМЕТАБОЛИТАМ ОТНОСЯТ:

Доцетаксел
Сорафениб
Гемцитабин*
Тамоксифен

442. ПОД ИЗОЛИРОВАННОЙ ХИМИОПЕРФУЗИЕЙ ЛЁГКОГО ПОНИМАЮТ:

Временное выключение лёгкого из кровообращения и перфузия его модифицированным физиологическим раствором*
Применение теплового воздействия и химиотерапии на лёгочную ткань
Метод противоопухолевого воздействия в зоне локализации первичной опухоли и её регионарных метастазов
Метод лекарственного воздействия в зоне локализации первичной опухоли и её регионарных метастазов

443. СТАНДАРТОМ В ЛЕЧЕНИИ ПОВЕРХНОСТНОГО РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У БОЛЬНЫХ С НИЗКИМ И УМЕРЕННЫМ РИСКОМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Дистанционная лучевая терапия
Трансуретральная резекция мочевого пузыря
Трансуретральная резекция мочевого пузыря + адьювантная внутривезикулярная химиотерапия*
Неоадьювантная химиотерапия

444. ОПРЕДЕЛЕНИЕ РЕЦЕПТОРОВ СТЕРОИДНЫХ ГОРМОНОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ДЛЯ РЕШЕНИЯ ВОПРОСА О ПРОВЕДЕНИИ:

Таргетной терапии
Лучевой терапии
Гормонотерапии*
Химиотерапии

445. ЭТИОЛОГИЧЕСКУЮ СВЯЗЬ МЕЖДУ ВОЗДЕЙСТВИЕМ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ВРЕДНЫХ ФАКТОРОВ, КУРЕНИЕМ И РАКОМ ЛЕГКОГО УДАЕТСЯ ПРОСЛЕДИТЬ

ДЛЯ:

Плоскоклеточного и мелкоклеточного рака*
Плоскоклеточного рака
Мелкоклеточного рака
Аденокарциномы

446. ХОРИОКАРЦИНОМА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ):

до 20
20-40*
после 50
40-50

447. ДЛИТЕЛЬНАЯ И ИНТЕНСИВНАЯ ИНСОЛЯЦИЯ МОЖЕТ ПРИВЕСТИ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ РАКА:

Кожи*
Лёгкого
Желудка
Щитовидной железы

448. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО 40 ЛЕТ РАК ПОЧКИ И ОДИНОЧНЫЙ МЕТАСТАЗ В ПЕРЕДНЕМ ОТРЕЗКЕ 5 РЕБРА СПРАВА, ТО СЛЕДУЕТ НАЗНАЧИТЬ:

Нефрэктомия+резекцию ребра*
Иммунотерапию
Лучевую терапию (на первичную опухоль и метастаз)
Симптоматическую терапию

449. ДЛЯ ПЕРВИЧНОЙ ОПУХОЛИ ЦНС ОДНИМ ИЗ НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫХ КЛАССИФИКАЦИОННЫХ ПРИЗНАКОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ ТАКТИКУ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОГНОЗ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ЯВЛЯЕТСЯ:

Морфологический диагноз*
Локализация опухоли
Размер опухоли
Близость опухоли к критическим структурам

450. КОМБИНИРОВАННЫЙ МЕТОД НЕ УЛУЧШАЕТ РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ ПО СРАВНЕНИЮ С ЧИСТО ХИРУРГИЧЕСКИМ ПРИ _____ СТАДИИ РАКА ЛЁГКОГО:

2б
1-2а*
3б
3а

451. ОТКЛОНЕНИЯ ОТ НОРМЫ В ОБЩЕМ АНАЛИЗЕ КРОВИ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ:

Встречаются редко
Отсутствуют всегда
Встречаются всегда
Могут отсутствовать*

452. НЕЗАВИСИМО ОТ ОБЪЁМА ВЫПОЛНЕННОЙ ОПЕРАЦИИ ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМА ДЛИТЕЛЬНАЯ:

Полихимиотерапия

Заместительная терапия йодсодержащими препаратами*

Радиойодтерапия

Лучевая терапия

453. НАЛИЧИЕ У БОЛЬНОГО РАКОМ ЛЕГКОГО ГИПЕРТРОФИЧЕСКОЙ ОСТЕОАРТРОПАТИИ СВИДЕТЕЛЬСТВУЕТ ОБ ЭКТОПИЧЕСКОЙ СЕКРЕЦИИ _____ ГОРМОНА:

Антидиуретического

Соматотропного*

Адренкортикотропного

Фолликулостимулирующего

454. НА ОТДАЛЁННЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОКАЗЫВАЕТ НАИМЕНЬШЕЕ ВЛИЯНИЕ:

Наличие отдаленных метастазов

Возраст больного*

Гистологическая структура опухоли

Наличие метастазов в регионарных лимфоузлах

455. В СЛУЧАЕ ЛЕЧЕНИЯ АТИПИЧНОГО КАРЦИНОИДА ПРОМЕЖУТОЧНОГО БРОНХА, ОСЛОЖНЁННОГО НЕОБРАТИМЫМ ФИБРОЗИРОВАНИЕМ ЛЁГОЧНОЙ ПАРЕНХИМЫ И ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ 5-ОКСИИНДОЛИЛУКСУСНОЙ КИСЛОТЫ В МОЧЕ, ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ _____ С УДАЛЕНИЕМ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ:

Нижняя билобэктомия*

Верхняя лобэктомия

Стентирование бронха

Пневмонэктомия

456. У ПАЦИЕНТОВ С ПЕРВИЧНЫМИ ОПУХОЛЯМИ ЦНС ПРИОРИТЕТНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ:

Хирургическое лечение*

Лучевая терапия

Химиотерапия

Таргетная терапия

457. НА ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ КЛЕТКУ В ТЕЧЕНИЕ ВСЕГО ЦИКЛА ДЕЙСТВУЮТ:

Антрациклины*

Таксаны

Ингибиторы топоизомеразы

Цитокины

458. К ПОЗДНИМ ОСЛОЖНЕНИЯМ ХИМИОТЕРАПИИ НЕ ОТНОСЯТ:

Остеопороз

Нейтропению*

Вторичные опухоли

Инфертильность

459. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИССЕМНИРОВАННОГО ПОЧЕЧНО-КЛЕТОЧНОГО РАКА ПАЦИЕНТАМ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОЙ ЛИНИИ ТЕРАПИИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ:

Ниволумаб
Препараты интерлейкина-2
Сунитиниб*
Акситиниб

460. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯЗЫКА III СТАДИИ (T3N0M0) ЯВЛЯЕТСЯ:

Химиолучевая терапия
Внутритканевая лучевая терапия
Хирургический*
Сочетанная лучевая терапия

461. ПЕРВИЧНЫЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ САРКОМЕ КАПОШИ НАБЛЮДАЮТСЯ НА КОЖЕ:

Верхних конечностей
Туловища
Лица
Нижних конечностей*

462. СИСТЕМА СТАДИРОВАНИЯ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ И ВЗРОСЛЫХ:

Одна и та же, не зависит от возраста*
Различается по нумерации стадий
Различается по буквенным обозначениям
Различна в зависимости от возрастной группы

463. НАЛИЧИЕ ИНФИЛЬТРАЦИИ МЕЛАНОМЫ ДО РЕТИКУЛЯРНОГО СЛОЯ КОЖИ УКАЗЫВАЕТ НА ____ СТЕПЕНЬ ИНВАЗИИ ПО CLARK:

IV
III*
II
V

464. ПРЕДМЕТОМ ОПИСАНИЯ ПРИ МАММОСЦИНТИГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Плотность накопления радиофармпрепарата в лимфатическом узле
Форма очага накопления радиофармпрепарата*
Равномерность накопления радиофармпрепарата в лимфатическом узле
Интенсивность накопления радиофармпрепарата в лимфатическом узле

465. ДЛЯ ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМЫ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРНО:

Отсутствие либо крайне слабая выраженность клинических проявлений
Преобладание среди начальных клинических проявлений недомогания, слабости, бледности кожных покровов*
Часто случайное обнаружение во время профилактических осмотров
Наличие пальпируемого опухолевого образования на фоне полного благополучия

466. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ НЕФРЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Опухоль более 5 см
Наличие двух опухолевых узлов в почке
Метастаз в лёгком размером 2 см
Сердечно-сосудистая недостаточность*

467. У БОЛЬНОГО РАКОМ ЖЕЛУДКА С ПРЕОБЛАДАЮЩИМИ СИМПТОМАМИ ОТРЫЖКИ С НЕПРИЯТНЫМ ЗАПАХОМ, РВОТОЙ СЪЕДЕННОЙ НАКАНУНЕ ЕДОЙ, С НАИБОЛЕЕ ВЕРОЯТНОЙ ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ ОПУХОЛИ В ЖЕЛУДКЕ ПРЕДПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ РАК:

- Тела желудка
- Пилорического отдела*
- Дна желудка
- Кардиального отдела

468. СОБЛЮДЕНИЕ ПРИНЦИПОВ АНАТОМИЧЕСКОЙ ЗОНАЛЬНОСТИ И ФУНКТЮННОСТИ ЛЕЖИТ В ОСНОВЕ:

- Мер профилактики ортоградного лимфогенного метастазирования
- Мер профилактики гематогенного метастазирования
- Антибластики при операциях по поводу злокачественных опухолей
- Абластики при операциях по поводу злокачественных опухолей*

469. К ЭТИОЛОГИЧЕСКИМ ФАКТОРАМ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ОТНОСЯТ:

- Аутоиммунные нарушения
- Вирус папилломы человека*
- Инфекционные заболевания
- Психоэмоциональные нарушения

470. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИТОНИНА, ОПРЕДЕЛЯЕМОЕ РАДИОИММУНОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

- Фолликулярного рака щитовидной железы
- Аутоиммунного тиреоидита
- Медуллярного рака щитовидной железы*
- Папиллярного рака щитовидной железы

471. ЛЕЧЕНИЕ КЛАССИЧЕСКОЙ ЦЕНТРАЛЬНОЙ ХОНДРОСАРКОМЫ КОСТИ:

- Химиотерапевтическое
- Только хирургическое*
- Комплексное
- Посредством лучевой терапии

472. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТАСТАЗИРУЕТ В:

- Кости*
- Легкие
- Печень
- Головной мозг

473. ДЛЯ УСТАНОВЛЕНИЯ ДИАГНОЗА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕОБХОДИМО ВЫПОЛНИТЬ:

- Сиалографию
- Биопсию с морфологическим исследованием*
- Ангиографию
- Компьютерную томографию

474. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ АБРАЗИВНОГО ПРЕКАНЦЕРОЗНОГО ХЕЙЛИТА МАНГАНОТТИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Лазерная коагуляция*

Химиотерапия
Лучевая терапия
Иссечение вместе с капсулой

475. К ПЕРВИЧНОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ РАКА ОТНОСИТСЯ:

ПСА-скрининг
Отказ от курения*
Гемоккульт-тест
Скрининговая маммография

476. К ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДАМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ОТНОСЯТ:

Ангиографию*
Компьютерную томографию
Ирригоскопию
Флюорографию

477. К ГРУППЕ АНТИМЕТАБОЛИТОВ ОТНОСИТСЯ:

Тегафур*
Фторбензотэф
Митотан
Гозерелин

478. ОПТИМАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ ОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ СРЕДНЕЙ ЧАСТИ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

Бужирование опухоли пищевода
«туннелирование» опухоли пищевода лазерным лучом или диатермокоагуляцией
Резекция пищевода в пределах здоровых тканей
Экстирпация пищевода с последующим пластическим его замещением*

479. РАК ПОЧКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗИРУЕТ В:

Мягкие ткани и забрюшинные лимфоузлы
Плевру и печень
Кости и легкие*
Печень и головной мозг

480. БАЗАЛИОМА ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В ОСНОВНОМ НА КОЖЕ:

Волосистой части головы
Дистальных отделов конечностей
Периорбитальной зоны*
Туловища

481. ЛЕЧЕНИЕ ХОНДРОБЛАСТОМЫ КОСТИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ:

Резекцию блоком
Внутриочаговое удаление с реконструкцией дефекта*
Лучевую терапию
Удаление широким краем с эндопротезированием

482. ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ОПУХОЛЕЙ ЯИЧКА, ПРИ КОТОРОЙ ПОКАЗАНО УДАЛЕНИЕ ЗАБРЮШИННЫХ ЛИМФОУЗЛОВ, ЯВЛЯЕТСЯ:

Семинома

Эмбриональная карцинома*
Хорионэпителиома
Тератома

483. ЗАБОЛЕВАНИЕМ, ДЛЯ ЭТИОЛОГИИ И ПАТОГЕНЕЗА КОТОРОГО ИМЕЕТ ЗНАЧЕНИЕ ВЫЯВЛЕНИЕ ЛАБОРАТОРНЫМИ МЕТОДАМИ НАЛИЧИЯ МУТАЦИИ ЛЕЙДЕНА, ЯВЛЯЕТСЯ:

Гематогенная тромбофилия*
Гемофилия А
Болезнь Виллебранда
Болезнь Рандю – Ослера

484. СОЛИТАРНОЕ ВТОРИЧНОЕ ПОРАЖЕНИЕ КОСТЕЙ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ РАКА:

Легкого
Простаты
Молочной железы
Почки*

485. НАЛИЧИЕ КЛЕТОК БЕРЕЗОВСКОГО – ШТЕНБЕРГА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ:

Лимфоцитарной лимфосаркомы
Иммунобластной лимфосаркомы
Лимфомы Беркитта
Лимфомы Ходжкина*

486. ПРИ СРОКЕ БЕРЕМЕННОСТИ МЕНЬШЕ 20 НЕДЕЛЬ НА МОМЕНТ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «РАСПРОСТРАНЕННЫЙ РАК ШЕЙКИ МАТКИ» (FIGO 1B2 И БОЛЕЕ) НЕОБХОДИМО:

Отложить лечение до достижения жизнеспособности плода
Немедленное прерывание беременности и полноценное лечение*
Выполнить медицинский аборт, через 4-8 недель – конизацию шейки матки
Назначить химиотерапию

487. СТРУКТУРА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ВЫРАЖАЕТСЯ В ПОКАЗАТЕЛЯХ:

Соотношения
Абсолютных
Экстенсивных*
Интенсивных

488. ПРЕПАРАТОМ ИЗ ГРУППЫ АНТИЭСТРОГЕНОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

Медроксипрогестерон
Преднизолон
Тамоксифен*
Эксеместан

489. ДЕЙСТВИЕ ГОРМОНА ПРОГЕСТЕРОНА НА МОЛОЧНЫЕ ЖЕЛЕЗЫ ЗАКЛЮЧАЕТСЯ В:

Участии в дифференциации альвеол*
Усилении действия пролактина на эпителиальную секрецию
Сокращении миоэпителиальных клеток
Участии в развитии млечных протоков

490. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ:

Карцинома из клеток Меркеля

Плоскоклеточный рак

Базальноклеточный рак*

Меланома

491. К 1Б КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЕ БОЛЬНЫХ ОТНОСЯТСЯ ЛИЦА:

С заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования

С предопухолевыми заболеваниями*

Излеченные от злокачественных новообразований

С установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению

492. ПРИ ИССЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ЛИЦА ПОКАЗАНО ОТСТУПАТЬ ОТ ЕЁ КРАЕВ НЕ МЕНЕЕ (В СМ):

5

3

1*

4

493. НАЛИЧИЕ ТЕХНИЧЕСКИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ И УСЛОВИЙ ДЛЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛИ НАЗЫВАЮТ:

Антибластикой

Операбельностью

Резектабельностью*

Абластикой

494. ПРИ ОПЕРАБЕЛЬНОМ РАКЕ ВЫХОДНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА С ЯВЛЕНИЯМИ СТЕНОЗА ПОКАЗАНА:

Субтотальная дистальная резекция желудка*

Гастродуоденостомия

Пилоропластика

Гастростомия

495. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

Изучение уровня Т3,Т4, ТТГ

Ультразвуковое исследование щитовидной железы и мягких тканей шеи

Пункция узлового образования щитовидной железы с проведением гистологического исследования*

Компьютерная томография мягких тканей шеи и щитовидной железы

496. НАЛИЧИЕ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ПОРАЖЕНИЯ ШЕЙНЫХ И ПОДМЫШЕЧНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ, УВЕЛИЧЕНИЯ СЕЛЕЗЕНКИ СООТВЕТСТВУЕТ ____ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

II

IV

I

III*

497. ДЛЯ НОДУЛЯРНОГО ВАРИАНТА ЛИМФОИДНОГО ПРЕОБЛАДАНИЯ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ НЕ ХАРАКТЕРНО:

Благоприятное течение

Поражение, как правило, одной лимфатической зоны, отсутствие признаков активности процесса и симптомов интоксикации

Наличие экспрессии CD20, отсутствие экспрессии CD15 и CD30

Присутствие в опухолевой ткани большого количества клеток Березовского – Штернберга – Рид*

498. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ СЛЕДУЕТ ИССЕКАТЬ НА РАССТОЯНИИ _____ СМ ОТ ВИДИМОГО КРАЯ ОПУХОЛИ

1,5-2,0*

0,5-1,0

3,0-5,0

5,0-7,0

499. ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖНО:

Определить форму роста опухоли

Диагностировать метастазы в регионарные лимфатические узлы

Диагностировать метастатическое поражение брюшины*

Уточнить локализацию опухоли

500. РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ПРЕДСТАВЛЯЕТ СОБОЙ:

Обширный инфильтрат

Коллоидные очаги

Болезненный узел

Безболезненный узел*

501. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ПОЛУЧЕНИЯ МАТЕРИАЛА ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЁГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

Получение мокроты

Фибробронхоскопия*

Диагностическая бронхоскопия

Трансторакальная пункция

502. СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ TNM РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПЕРВИЧНАЯ ОПУХОЛЬ РАЗМЕРОМ БОЛЕЕ 5 СМ В НАИБОЛЬШЕМ ИЗМЕРЕНИИ СТАДИРУЕТСЯ КАК:

T3*

T1

T2

T4

503. ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ПЕЧЕНИ НА УЗИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

Наличием одиночных или множественных гипоэхогенных кистозных образований

Наличием округлых кистозных образований с четкими контурами и анэхогенным содержанием

Полиморфной картиной с наличием округлых образований различной

эхогенности и структуры, нарушающих архитектонику строения печени*

Наличием одиночных или множественных округлых гиперэхогенных образований с мелкозернистой эхоструктурой

504. ТИПИЧНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ IB СТАДИИ ЯВЛЯЕТ-

СЯ _____ МАТКИ

Экстирпация; с придатками
Расширенная экстирпация; с придатками*
Конизация шейки
Ампутация шейки

505. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ В ДИАГНОСТИКЕ ГИПЕРПЛАСТИЧЕСКИХ ПРОЦЕССОВ ЭНДОМЕТРИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

Ультразвуковое исследование органов малого таза
Магнитно-резонансная томография органов малого таза
Флуоресцентное исследование с опухолевотропными фотосенсибилизаторами
Диагностическое выскабливание полости матки*

506. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ СПИНЫ ОКОЛО 2,5 СМ НА ФОНЕ РУБЦОВЫХ ИЗМЕНЕНИЙ ПОСЛЕ ОЖОГОВ, ТО ЕМУ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ:

Дистанционную терапию
Облучение электронами
Хирургическое удаление*

507. ВЫСОКОСПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫМИ АНТИГЕНПРЕЗЕНТИРУЮЩИМИ КЛЕТКАМИ ОРГАНИЗМА, УЧАСТВУЮЩИМИ В ПРОТИВООПУХОЛЕВОМ ИММУННОМ ОТВЕТЕ, ЯВЛЯЮТСЯ:

CD8+ цитотоксические Т-лимфоциты
Регуляторные Т-лимфоциты
Миелоидные супрессорные клетки
Дендритные клетки*

508. ЭКСТРАРЕНАЛЬНЫМИ СИМПТОМАМИ РАКА ПОЧКИ ЯВЛЯЮТСЯ:

Эритроцитэмия, гипертермия, лейкоцитоз, повышенная СОЭ*
Гипербилирубинемия, глюкозурия
Лейкопения, лимфоцитоз
Гиперхолестеринемия; креатининемия

509. ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ МЕТАСТАЗЫ В ПАРЕНХИМЕ ПЕЧЕНИ КЛАССИФИЦИРУЮТСЯ КАК ____ СТАДИЯ

T1; I
M1; III
M1; IV*
T4; IV

510. ПОЯВЛЕНИЕ БОЛЕЙ В НАДКЛЮЧИЧНОЙ ОБЛАСТИ ПРИ РАКЕ ПАНКОСТА ОБЪЯСНЯЕТСЯ:

Прорастанием опухоли межрёберных промежутков и межрёберных нервов*
Прорастанием опухоли плевры и элементов плечевого сплетения
Наличием сопутствующего плексита
Прорастанием опухоли I-II рёбер, чаще всего в области головок

511. ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ КОЛОНОСКОПИЯ НЕ ПОЗВОЛЯЕТ ВЫЯВИТЬ:

Сужение просвета кишки
Форму роста опухоли
Канцероматоз органов брюшной полости*

Морфологическую структуру опухоли

512. НАИХУДШИЙ ПРОГНОЗ ИМЕЕТ _____ ХОНДРОСАРКОМА

Светлоклеточная
Центральная G3
Дедифференцированная*
Периостальная

513. ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО ПОСЛЕ РЕЗЕКЦИИ ЖЕЛУДКА НА ТЯЖЕСТЬ В ЭПИГАСТРИИ, СЛАБОСТЬ (ВПЛОТЬ ДО ОБМОРОЧНОГО СОСТОЯНИЯ) ПОСЛЕ ПРИЁМА ПИЩИ ЯВЛЯЮТСЯ ПРИЗНАКОМ:

Демпинг-синдрома*
Синдрома приводящей петли
Пептической язвы анастомоза
Синдрома малого желудка

514. СХЕМОЙ ХИМИОТЕРАПИИ, ОБЛАДАЮЩЕЙ НАИБОЛЬШЕЙ ЭФФЕКТИВНОСТЬЮ В ЛЕЧЕНИИ МЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЁГКОГО, ЯВЛЯЕТСЯ:

FAM (фторурацил + доксорубицин + митомицин)
PVB (цисплатин + винбластин + блеомицин)
дуплет на основе препаратов платины*
FMC (фторурацил + метотрексат + циклофосфамид)

515. УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ ВМЕСТЕ С РЕГИОНАРНЫМ ЛИМФАТИЧЕСКИМ БАРЬЕРОМ И РЕЗЕКЦИЕЙ ИЛИ УДАЛЕНИЕМ ДРУГОГО ОРГАНА, ВОВЛЕЧЁННОГО В ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ ОПЕРАЦИИ:

Симптоматической
Радикальной
Расширенной
Комбинированной*

516. ПАЛЛИАТИВНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ, ВЫПОЛНЯЕМОЙ ПРИ РАКЕ КАРДИАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА, ЯВЛЯЕТСЯ:

Пилоропластика
Гастростомия*
Дистальная резекция желудка
Гастроэнтероанастомоз

517. ОНКОМАРКЕРОМ, КОТОРЫЙ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН В ДИАГНОСТИКЕ КОЛОРЕКТАЛЬНОГО РАКА, ЯВЛЯЕТСЯ:

РЭА*
СА 125
СА 15-3
ПСА

518. ПЕРИФЕРИЧЕСКИЙ РАК ЛЁГКОГО ДИАМЕТРОМ 4 СМ, НЕ ПРОРАСТАЮЩИЙ ВИСЦЕРАЛЬНУЮ ПЛЕВРУ, С ОДИНОЧНЫМИ МЕТАСТАЗАМИ В БРОНХОПУЛЬМОНАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛАХ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ:

IIA
I
IIB*
IIA

519. ПРИ ЛАПАРОСКОПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ОБОДОЧНОЙ КИШКИ МОЖНО:
Получить морфологическую верификацию диагноза
Уточнить форму роста опухоли
Диагностировать метастатическое поражение забрюшинных лимфоузлов
Определить наличие метастазов на париетальной брюшине*

520. ПРЕИМУЩЕСТВОМ ПРОВЕДЕНИЯ ГИПЕРТЕРМИЧЕСКОЙ ИНТРАПЕРИТОНЕАЛЬНОЙ ХИМИОПЕРФУЗИИ ПО СРАВНЕНИЮ С НОРМОТЕРМИЧЕСКОЙ ХИМИОПЕРФУЗИЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ:

Улучшение переносимости перфузии
Уменьшение действия цитостатиков
Сокращение времени проведения перфузии
Усиление действия цитостатиков*

521. В СЛУЧАЕ ДВУХСТОРОННЕЙ ЛОКАЛИЗАЦИИ СОЛИТАРНОЙ ФИБРОЗНОЙ МЕЗОТЕЛИОМЫ ПЛЕВРЫ И НЕОБХОДИМОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ОБЕИХ СТОРОН ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ОПТИМАЛЬНЫМ ТАКТИЧЕСКИМ РЕШЕНИЕМ, С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ СРОКОВ УДАЛЕНИЯ ОПУХОЛЕЙ И ВЫБОРА ДОСТУПА, ЯВЛЯЕТСЯ _____ УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛЕЙ:

Одномоментное симультанное; торакотомическим доступом
Одномоментное симультанное; торакоскопически*
Двухэтапное; торакоскопически
Двухэтапное; торакотомическим доступом

522. ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ПЕРВИЧНЫХ ОПУХОЛЯХ КОСТЕЙ К СОХРАННЫМ ОПЕРАЦИЯМ ОТНОСИТСЯ:

Ампутация конечности
Сегментарная резекция кости с замещением трансплантата*
Межлопаточно-грудная ампутация
Экзартикуляция конечности

523. ПРИ РАКЕ ПРЯМОЙ КИШКИ МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ 2-3 РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СТАДИРУЕТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (UICC, 8-Е ИЗДАНИЕ, 2017 Г.) КАК _ СТАДИЯ:

N2a
N1a
N1b*
N1c

524. НИЗКОМОЛЕКУЛЯРНЫМ ИНГИБИТОРОМ ТИРОЗИНКИНАЗНЫХ РЕЦЕПТОРОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

Трабектедин
Бевацизумаб
Сунитиниб*
Пембролизумаб

525. ЕСЛИ У БОЛЬНОЙ МЕЛАНОМА КОЖИ ЗАДНЕЙ ПОВЕРХНОСТИ ГОЛЕНИ ДИАМЕТРОМ ОКОЛО 2 СМ, ТО ЕЙ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ:

Комбинированное лечение с предоперационной близкофокусной рентгенотерапией
Близкофокусную рентгенотерапию

Хирургическое удаление*
Сочетанную лучевую терапию

526. ПРИ ОПЕРАБЕЛЬНОМ НЕОСЛОЖНЁННОМ РАКЕ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПОКАЗАНА:

Обходная трансверзосигмостомия
Резекция сигмовидной кишки
Левосторонняя гемиколонэктомия*
Цекостомия

527. ЛИМФОМА ИЗ КЛЕТОК МАРГИНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ОТНОСИТСЯ К:

В - клеточным зрелоклеточным опухолям*
Т- клеточным опухолям
Лимфоме/лейкозу из малых лимфоцитов
Лимфоплазмочитарной лимфоме

528. ТОКСИКОАНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОПУХОЛИ
КИШКИ

Поперечной
Восходящей*
Прямой
Сигмовидной

529. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСКА ЯВЛЯЕТСЯ

Ретроградная холангиопанкреатография
Гастродуоденоскопия*
Ангиография
Чрескожная чреспечёночная холангиография

530. СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

Прорастание стенки двенадцатиперстной кишки
Сахарный диабет*
Механическая желтуха
Кровотечение из распадающейся опухоли

531. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ АСЦИТА ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ:

Сочетание с гепатомегалией
Отсутствие особых предвестников*
Сочетание с легочно-сердечной недостаточностью
Предварительное появление отеков на ногах

532. СНИЖЕНИЕ КАЧЕСТВА И ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТИ АНАЛГЕЗИИ ПРИ ДЛИТЕЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКОЙ БОЛИ МОРФИНОМ ОБУСЛОВЛЕНО:

Физической зависимостью
Толерантностью*
Прогрессированием основного заболевания
Психической зависимостью

533. ЕСЛИ У БОЛЬНОЙ 65 ЛЕТ ВЫЯВЛЕНА МИЕЛОМНАЯ БОЛЕЗНЬ С МНОЖЕ-

СТВЕННЫМИ ПОРАЖЕНИЯМИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ПЛОСКИХ КОСТЕЙ, ТО ЛЕЧЕНИЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЧИНАТЬ С:

- Облучения зон костного поражения быстрыми электронами
- Введения радиоактивного фосфора
- Дистанционной γ -терапии зон костного поражения
- Химиотерапии*

534. ПРИ НАЛИЧИИ У БОЛЬНОГО МЕЛАНОМЫ СЛИЗИСТОЙ МЯГКОГО НЁБА ПРЕДПОЧТИТЕЛЬНЕЕ ПРОВОДИТЬ:

- Химиолучевое лечение*
- Хирургическое лечение
- Лучевое лечение
- Химиотерапию

535. К ЦИТОСТАТИКАМ, КОТОРЫЕ ХАРАКТЕРИЗУЮТСЯ УРОТОКСИЧНОСТЬЮ, ВЫЗЫВАЮТ ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ЦИСТИТ, ОТНОСЯТ:

- Цисплатин (CDDP)
- Ифосфамид*
- Вепезид (VP-16-213)
- Адриамицин (доксорубицин)

536. ФОТОДИНАМИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРОТИВОПОКАЗАНА ПРИ:

- Порфирии*
- Сахарном диабете
- Системной красной волчанке
- Гипертонической болезни

537. ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ПРОГРЕССИРОВАНИЕМ ЗАБОЛЕВАНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Рост опухоли в интервале более чем через 16 месяцев после окончания лечения
- Рост опухоли в интервале более чем через 12 месяцев после окончания лечения
- Возобновление роста опухоли в исходных зонах или появление новых очагов в сроки до 3 месяцев после окончания лечения*
- Рост опухоли в интервале от 3 до 12 месяцев после окончания лечения

538. К ЛОКАЛЬНЫМ МЕТОДАМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ НЕ ОТНОСИТСЯ:

- Системная химиотерапия*
- Лучевая терапия
- Иссечение опухоли
- Криотерапия

539. АБСОЛЮТНЫМ ПРЕПЯТСТВИЕМ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ:

- Наличие имплантированного кардиостимулятора
- Двусторонний паралич гортани
- Установленный факт беременности*
- Ограниченная возможность к самообслуживанию

540. ВЕДУЩИМ МЕТОДОМ ЗАБОРА МАТЕРИАЛА ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ДИАГНОЗА ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ:

- Получение мокроты
- Фибробронхоскопия*

Поднаркозная бронхоскопия
Трансторакальная пункция

541. РИСК РАЗВИТИЯ МЕЛАНОМЫ НАИМЕНЬШИЙ ПРИ
Голубом невусе*
Меланозе Дюбрея
Диспластическом невусе
Ювенильной меланоме

542. МИНИМАЛЬНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПРИ
РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

Энуклеация узла
Резекция доли
Гемитиреоидэктомия
Гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка*

543. ПРИ ОПЕРАБЕЛЬНОМ НЕОСЛОЖНЁННОМ РАКЕ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТ-
ДЕЛА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ ПОКАЗАНА

Обходная трансверзосигмостомия
Резекция сигмовидной кишки
Левосторонняя гемиколонэктомия*
Цекостомия

544. ЛИМФОМА ИЗ КЛЕТОК МАРГИНАЛЬНОЙ ЗОНЫ ОТНОСИТСЯ К:

В - клеточным зрелоклеточным опухолям*
Т- клеточным опухолям
Лимфоме/лейкозу из малых лимфоцитов
Лимфоплазмоцитарной лимфоме

545. ТОКСИКОАНЕМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ БОЛЕЕ ХАРАКТЕРЕН ДЛЯ ОПУХОЛИ
КИШКИ

Поперечной
Восходящей*
Прямой
Сигмовидной

546. НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ РАКА
БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСКА ЯВЛЯЕТСЯ:

Ретроградная холангиопанкреатография
Гастродуоденоскопия*
Ангиография
Чрескожная чреспечёночная холангиография

547. СРЕДИ ОСЛОЖНЕНИЙ РАКА ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИ-
БОЛЕЕ РЕДКО ВСТРЕЧАЕТСЯ:

Прорастание стенки двенадцатиперстной кишки
Сахарный диабет*
Механическая желтуха
Кровотечение из распадающейся опухоли

548. ОТЛИЧИТЕЛЬНЫМ ПРИЗНАКОМ АСЦИТА ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ ЯВЛЯЕТ-
СЯ:

Сочетание с гепатомегалией
Отсутствие особых предвестников*
Сочетание с легочно-сердечной недостаточностью
Предварительное появление отеков на ногах

549. ТОЛЩИНА МЕЛАНОМЫ КОЖИ, КОТОРАЯ КЛАССИФИЦИРУЕТСЯ КАК pT4, СОСТАВЛЯЕТ (В МИЛЛИМЕТРАХ):

- 1) 2,01-4
- 2) до 1,5
- 3) более 4*
- 4) 1,01-2

550. К ИММУНООНКОЛОГИЧЕСКИМ ПРЕПАРАТАМ, ВКЛЮЧЕННЫМ В ОТЕЧЕСТВЕННЫЕ СТАНДАРТЫ ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ, ОТНОСЯТСЯ:

CAR модифицированные Т-лимфоциты
Онколитические вирусы
Дендритноклеточные вакцины
Ингибиторы PD-1*

551. УЧИТЫВАЯ ЛОКАЛИЗАЦИЮ ТЕРАТОБЛАСТОМЫ СРЕДОСТЕНИЯ ПО ДАННЫМ ТОМОГРАФИЧЕСКОГО СРЕЗА,

- 1) доступа Осава – Гэрлока
- 2) правосторонней торакотомии
- 3) доступа типа «clamshell»*
- 4) левосторонней торакотомии

552. РАК ЛЕГКОГО ЧАЩЕ МЕТАСТАЗИРУЕТ В:

Печень и почки
Печень и головной мозг
Печень и кости*
Кости и головной мозг

553. РАК ЭНДОМЕТРИЯ ЧАЩЕ ВСЕГО РАЗВИВАЕТСЯ:

В возрасте менее 40 лет
В возрасте менее 30 лет
До наступления менопаузы
В постменопаузальном периоде*

556. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИМ ЦЕНТРАЛЬНЫЙ РАК ЛЁГКОГО, ЯВЛЯЕТСЯ:

Жидкость в плевре
Округлая тень
Ателектаз*
Смещение средостения

557. НЕ ДОПУСКАЕТСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:

В целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю

При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений

По запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством
По просьбе родственников (родителей или детей) или законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья гражданина*

558. МЕЖДУНАРОДНАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПО СИСТЕМЕ TNM ПРИМЕНЯЕТСЯ ДЛЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ:

Злокачественных опухолей*
Врожденных новообразований
Предопухолевых состояний
Доброкачественных опухолей

559. КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, С ПОСЛЕДУЮЩИМ ИХ ОЗДОРОВЛЕНИЕМ И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НИМИ НАЗЫВАЮТ _____ ПРОФИЛАКТИКОЙ

- 1) четвертичной
- 2) первичной
- 3) вторичной*
- 4) третичной

560. НАЧАЛО РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

Ранним появлением дизурических расстройств
Длительным бессимптомным течением*
Выраженным болевым синдромом
Острой задержкой мочи

561. ПРИ ДИССЕМНИРОВАННОМ РАКЕ ПОЧЕЧНОЙ ЛОХАНКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ:

Дистанционную гамма-терапию средними фракциями
Химиотерапию в режиме гемцитабин+ цисплатин*
Иммунотерапию вакциной БЦЖ
Крупнофракционную лучевую терапию на область первичной опухоли и метастазов

562. НЕ ДОПУСКАЕТСЯ ПРЕДОСТАВЛЕНИЕ СВЕДЕНИЙ, СОСТАВЛЯЮЩИХ ВРАЧЕБНУЮ ТАЙНУ, БЕЗ СОГЛАСИЯ ГРАЖДАНИНА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ:

В целях обследования и лечения гражданина, не способного из-за своего состояния выразить свою волю

При угрозе распространения инфекционных заболеваний, массовых отравлений и поражений

По запросу органов дознания и следствия, прокурора и суда в связи с проведением расследования или судебным разбирательством

По просьбе родственников (родителей или детей) или законных представителей с целью получить информацию о состоянии здоровья гражданина*

563. ТИПИЧНЫМ КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ПИЛОРИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ:

Дисфагия
«шум плеска» натошак*
боль в эпигастрии

поносы

564. КОМПЛЕКС МЕДИЦИНСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ, НАПРАВЛЕННЫХ НА ВЫЯВЛЕНИЕ БОЛЬНЫХ С ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ, С ПОСЛЕДУЮЩИМ ИХ ОЗДОРОВЛЕНИЕМ И НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НИМИ НАЗЫВАЮТ _____ ПРОФИЛАКТИКОЙ:

- Четвертичной
- Первичной
- Вторичной*
- Третичной

565. НАЧАЛО РАЗВИТИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ ПРИ РАКЕ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

- Ранним появлением дизурических расстройств
- Длительным бессимптомным течением*
- Выраженным болевым синдромом
- Острой задержкой мочи

566. ФЕОХРОМОЦИТОМОЙ НАЗЫВАЮТ ОПУХОЛЬ

- Злокачественную надпочечника
- Доброкачественную надпочечника*
- Злокачественную почки
- Доброкачественную почки

567. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ПОГРАНИЧНЫХ ЭНДОМЕТРИОИДНЫХ КИСТАХ ЯИЧНИКОВ У МОЛОДЫХ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ

- Сберегательная*
- Сберегательная + химиотерапия
- Сберегательная + лучевая терапия
- Радикальная + химиотерапия

568. К В СИМПТОМАМ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

- Похудание >10% за 6 мес, лихорадку, ночные поты *
- СОЭ свыше 25мм/с, кожный зуд, кожную сыпь
- Затруднение глотания, дыхания, тахикардию, экхимозы
- Частые инфекции, утомляемость, боли в животе, желтуху

569. ОДОНТОГЕННАЯ МИКСОМА ОТНОСИТСЯ К:

- Факультативному пердраку
- Форме cancer in situ
- Злокачественным опухолям
- Доброкачественным опухолям*

570. К ФОНОВЫМ ЗАБОЛЕВАНИЯМ ПО РАКУ ТЕЛА МАТКИ ОТНОСЯТ:

- Дисгормональную мастопатию
- Воспалительные заболевания яичников
- Атипическую гиперплазию
- Эндометриальные полипы*

571. К МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИМ ТИПАМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСЯТСЯ:

- Рак молочной железы у молодых, пременопаузальный, менопаузальный, рак молочной

железы у пожилых

Тиреоидный, овариальный, надпочечниковый, инволютивный
Высокодифференцированный, умеренно дифференцированный,
низкодифференцированный

Люминальный А, люминальный В, тройной негативный, Her2 позитивный рак молочной железы*

572. ВЫПОЛНЕНИЕ ПАРАСТЕРНАЛЬНОЙ МЕДИАСТИНОТОМИИ ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ:

Поперечное рассечение грудины
Обязательное вскрытие плевральной полости
Продольное рассечение грудины
Резекцию хрящевого отдела одного-двух рёбер*

573. ОПТИМАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ПРИ ОБТУРАЦИОННОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТИ НА ПОЧВЕ РАКА СИГМОВИДНОЙ КИШКИ У ПАЦИЕНТА 80 ЛЕТ ЯВЛЯЕТСЯ:

Обходной трансверзосигмоанастомоз
Левосторонняя гемоколэктомия с наложением трансверзостомы
Операция Гартмана*
Наложение трансверзостомы

574. К ОСНОВНЫМ КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ В ОНКОЛОГИИ ОТНОСЯТ:

Потери DALY
Критерий Манна-Уитни
Продолжительность временной и стойкой нетрудоспособности
Выживаемость, качество жизни*

575. ПРЕДРАКОВЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ БРОНХОГЕННОГО ЭПИТЕЛИЯ ЯВЛЯЕТСЯ:

Атрофия
Дистрофия
Пикноз
Метаплазия*

576. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАК СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ РТА МЕТАСТАЗИРУЕТ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ:

в мягком и твердом нёбе
на слизистой щеки
в корне языка*
на слизистой альвеолярных отростков

577. АБСОЛЮТНЫМ ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ЛУЧЕВОМУ ЛЕЧЕНИЮ ЯВЛЯЕТСЯ:

Активный туберкулёз*
Пожилым возраст
Морбидное ожирение
Мерцательная аритмия

578. ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА В _____ КИШКЕ:

Прямой*

Поперечно-ободочной
Слепой
Сигмовидной

579. ОПУХОЛИ, ЦИРКУЛЯРНО ОХВАТЫВАЮЩИЕ КИШКУ, ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ В _____ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ:

Нижнеампулярном
Среднеампулярном
Анальном
Ректосигмоидном*

580. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО РЕЦИДИВ РАКА КОЖИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ ЧЕРЕЗ ГОД ПОСЛЕ БЛИЗКОФОКУСНОЙ РЕНТГЕНОТЕРАПИИ В СОД 60 ГР, ТО ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ:

Хирургическое иссечение с пластикой*
Курс дистанционной g-терапии
Повторный курс близкофокусной рентгенотерапии
Комбинированное лечение с предоперационной дистанционной g-терапией

581. К ФАКУЛЬТАТИВНЫМ ПРЕДРАКАМ КОЖИ ОТНОСИТСЯ:

Болезнь Боуэна
Болезнь Педжета
Кератома*
Болезнь Кейра

582. ПРИ НАЛИЧИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ЛИЦА РАЗМЕРАМИ ДО 0,5 СМ В ОБЛАСТИ НОСОГУБНОЙ СКЛАДКИ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕ:

Криодеструкции
Химиотерапии
Лучевой терапии
Хирургического метода*

583. СКРИНИНГ ПРИ УМЕРЕННОМ РИСКЕ РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ ПРОВОДИТЬ С (В ГОДАХ):

50
40*
30
60

584. ОСНОВАНИЕМ ДЛЯ НАЗНАЧЕНИЯ ГОРМОНОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ:

Показатель маркеров гормональной чувствительности опухоли*
Высокий индекс пролиферации клеток опухоли (ki 67)
Молодой возраст больной
Гистологическое заключение о наличии метастазов в лимфоузлы

585. ОПУХОЛИ, ЦИРКУЛЯРНО ОХВАТЫВАЮЩИЕ КИШКУ, ЧАСТО ВСТРЕЧАЮТСЯ В _____ ОТДЕЛЕ ПРЯМОЙ КИШКИ:

Нижнеампулярном
Среднеампулярном
Анальном

Ректосигмоидном*

586. ЭТАПНОСТЬ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ НЕ ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ

Влагалища
Шейки матки
Яичников *
Тела матки

587. ХЛОРИД РАДИЯ-223 ИСПОЛЬЗУЮТ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

Лимфопролиферативных заболеваний с вовлечением костного мозга
Костных метастазов рака предстательной железы *
Миеломной болезни для предотвращения деминерализации костной ткани
Прогрессирующей остеогенной саркомы, как паллиативный метод

586. ЦИКЛОФОСФАМИД ОТНОСИТСЯ К

Антибиотикам
Алколоидам
Антиметоболитам
Алкилирующим препаратам*

587. СКРИНИНГ ПРИ УМЕРЕННОМ РИСКЕ РАЗВИТИЯ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ НЕОБХОДИМО НАЧИНАТЬ ПРОВОДИТЬ С (В ГОДАХ):

50
40*
30
60

588. ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА ЛЁГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

Опухоль Вильмса
Рак Панкоста *
Мезотелиома
Рак Педжета

589. К НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ КОНСЕРВАТИВНЫМ ВАРИАНТАМ ЛЕЧЕНИЯ ГИГАНТОКЛЕТОЧНОЙ ОПУХОЛИ КОСТИ 2-3 СТАДИИ НА СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ ОТНОСЯТ:

ФТЛ магнит, фонофорез с гидрокортизоном, массаж – 14 дней
НПВС 7-10 дней, в сочетании с гипсовой иммобилизацией
Лучевую терапию в дозе 40 гр
Деносумаб 120 мг п/к по стандартной схеме курсом 6-9 месяцев*

590. ГОРМОНОТЕРАПИЯ РАКА ЭНДОМЕТРИЯ ПРОВОДИТСЯ:

Глюкокортикоидами
Андрогенами
Производными прогестеронов*
Прогестероном

591. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ И ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ:

Срыгивание застойным содержимым
Усиленное слюноотделение

Боль за грудиной и в спине
Дисфагия*

593. III КЛИНИЧЕСКУЮ ГРУППУ СОСТАВЛЯЮТ

Больные с заболеванием, подозрительным на злокачественное новообразование
Больные с распространенными формами злокачественных новообразований, подлежащие паллиативному или симптоматическому лечению
Практически здоровые лица (после проведенного радикального лечения)*
Больные злокачественными новообразованиями, подлежащие специальному лечению

594. ПРИ РАКЕ РЕКТОСИГМОИДНОГО ОТДЕЛА ПРЯМОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННОМ ОСТРОЙ КИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ОПЕРАЦИЕЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

Операция Грекова
Операция Гартмана*
Формирование обходного анастомоза
Формирование колостомы

595. РЕКОМЕНДОВАННЫМ УРОВНЕМ ТТГ ДЛЯ ПРОВЕДЕНИЯ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ _____ МКМЕ/МЛ:

менее 10
менее 30
более 30*
более 100

596. ДИСФАГИЯ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЯВЛЯЕТСЯ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА:

Малой кривизны желудка
Тела желудка
Антрального отдела желудка
Кардиального отдела желудка*

597. В СООТВЕТСТВИИ С МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИЕЙ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ANN-ARBOR IV СТАДИЯ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ:

Поражением лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы
Поражением одной лимфатической зоны или локализованным поражением одного экстралимфатического органа или ткани
Диссеминированным поражением одного или нескольких экстралимфатических органов, с или без поражения лимфатических узлов *
Поражением двух или более лимфатических областей по одну сторону диафрагмы

598. ЛЕКАРСТВЕННЫЙ ПУЛЬМОНИТ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ:

Доксорубицином
Митоксантроном
Эпирубицином
Блеомицином*

599. ПОКАЗАНИЕМ ДЛЯ ПАЛЛИАТИВНОЙ МАСТЭКТОМИИ МОЖЕТ БЫТЬ:

Наличие изъязвленной распадающейся опухоли*
Старческий возраст больной
Наличие тяжёлых сопутствующих заболеваний в стадии компенсации
Кахексия

600. ПРЕПАРАТОМ, ИНДУЦИРУЮЩИМ КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ 2 ТИПА, ЯВЛЯЕТСЯ:

Циклофосфамид
Доцетаксел
Доксорубицин
Бевацизумаб*

601. С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ И КОНТРОЛЯ ЛОКО-РЕГИОНАЛЬНОГО РЕЦИДИВА, В СЛУЧАЕ ОКРУГЛОГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ОПУХОЛЕВОГО ОБРАЗОВАНИЯ ЛЁГКОГО БЕЗ ПРИЗНАКОВ ИНВАЗИИ В СМЕЖНЫЕ СТРУКТУРЫ, МАНИФЕСТИРУЮЩЕГО ПОВЫШЕННЫМ УРОВНЕМ 5-ОКСИИНДОЛИЛУКСУСНОЙ КИСЛОТЫ В МОЧЕ, ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ:

Расширенной лобэктомии*
Сегментэктомии с удалением бронхопульмональных лимфоузлов
Атипичной резекции лёгкого
Пневмонэктомии

602. РАК ПОЛОВОГО ЧЛЕНА МЕТАСТАЗИРУЕТ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО В:

Лёгкие
Кости
Регионарные лимфоузлы*
Печень

603. ПОД ХИМИОПЕРФУЗИЕЙ ПОНИМАЮТ:

Вариант интратуморальной химиотерапии
Вариант регионарной химиотерапии*
Приём растворов химиопрепаратов внутрь
Высокодозную системную химиотерапию

604. РЕЗИСТЕНТНОЙ К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ФОРМОЙ БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЯВЛЯЕТСЯ:

Язвенная
Склеродермоподобная*
Поверхностная
Пигментированная

605. СТЕПЕНЬ ПРОРАСТАНИЯ ОПУХОЛЬЮ СТЕНКИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ОТРАЖАЕТ КЛАССИФИКАЦИЯ

Анн-Арбор
Дьюкса*
Бреслоу
Кларка

606. НАИБОЛЕЕ РАННЮЮ ДИАГНОСТИКУ РАКА ЖЕЛУДКА ОБЕСПЕЧИВАЕТ

Поиск синдрома малых признаков
Гастроскопия с биопсией*
Рентгенологическое исследование желудка
Обзорная рентгеноскопия брюшной полости

607. ПРИ УЗИ uT1 СТАДИИ РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА ОПУХОЛЬ

Выявляется в пределах эпителия и подэпителиальной соединительной ткани *
Инфильтрирует внутренний сфинктер

Инфильтрирует наружный сфинктер
Прорастает в окружающую клетчатку или органы

608. ПРОТИВООПУХОЛЕВАЯ ЛЕКАРСТВЕННАЯ ТЕРАПИЯ МОЖЕТ СЧИТАТЬСЯ САМОСТОЯТЕЛЬНЫМ ВЫСОКОЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ

Рака почки
Хорионкарциномы*
Рака желудка
Рака мочевого пузыря

609. СИМПТОМОКОМПЛЕКС ПАНКОСТА ВКЛЮЧАЕТ ПОРАЖЕНИЕ

I ребра, плечевого сплетения, симпатического ствола*
II ребра, подключичной вены, парасимпатического ствола
III ребра, подключичной артерии, звездчатого ганглия
II ребра, подключичной вены, возвратного нерва

610. ИСПОЛЬЗОВАННЫЕ АМПУЛЫ ИЗ-ПОД НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ СДАЮТСЯ:

Еженедельно
В этот же день*
1 раз в месяц
1 раз в 10 дней

611. К ДИФFUЗНОЙ ФОРМЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ:

Болезнь Педжета молочной железы
Маститоподобный рак молочной железы*
Рак in situ
Рак добавочной молочной железы

612. МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ АНТИМЕТАБОЛИТОВ СОСТОИТ В

Денатурации тубулина – белка микротрубочек
Реакции алкилирования молекул ДНК
Нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты*
Подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы

613. ПЕРВИЧНАЯ ОПУХОЛЬ ПРЯМОЙ КИШКИ, РАСПРОСТРАНЯЮЩАЯСЯ В ПОДСЛИЗИСТЫЙ СЛОЙ СТЕНКИ КИШКИ, СТАДИРУЕТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (UICC, 8-Е ИЗДАНИЕ, 2017 Г.) КАК __ СТАДИЯ

T2
Tis
T1*
Tx

614. ДОЗИМЕТРИЧЕСКИЙ КОНТРОЛЬ ПАЦИЕНТОВ ПРИ РАДИОЙОДТЕРАПИИ ПРОВОДЯТ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ

Позитронных томографов
Детекторов гамма-излучения*
Масс-спектрометров
Инфракрасных камер

615. РАДИКАЛЬНЫМ ЛЕЧЕНИЕМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ЛЁГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

Химиотерапия
Сочетание лучевой и химиотерапии
Лучевая терапия
Хирургическое лечение*

616. ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ РАКА ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ИСПОЛЬЗОВАТЬ

Гамма-излучение (1,25 МЭВ)
Рентгеновское излучение 200 КЭВ
Фотоны 4-20 МЭВ*
Электроны 30 МЭВ

617. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО 47 ЛЕТ НЕОПЕРАБЕЛЬНАЯ ХЕМОДЕКТОМА ШЕИ, ТО СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ

Симптоматическое лечение
Дистанционную лучевую терапию по радикальной программе
Сочетанную лучевую терапию
Дистанционную лучевую терапию с паллиативной целью*

618. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛЬЮ У МУЖЧИН ЯВЛЯЕТСЯ РАК

Толстой кишки
Пищевода
Лёгкого*
Желудка

619. К СИМПТОМАМ РАКА СКЛАДКОВОГО ОТДЕЛА ГОРТАНИ ОТНОСЯТ

Боль при глотании
Охриплость голоса*
Затрудненный вдох
Чувство дискомфорта при глотании

620. ХАРАКТЕРНЫМ ПРИЗНАКОМ КРАЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ПРИ МАММОГРАФИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Гладкий
Волнистый
Чётко очерченный
Звёздчатый*

621. ВЕДУЩИМ НАЧАЛЬНЫМ СИМПТОМОМ ПРИ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЕ ЯВЛЯЕТСЯ

Переменяющаяся хромота
Повышение СОЭ
Пальпируемая опухоль
Появление ночных болей в зоне расположения опухоли*

622. ЕСЛИ У ПАЦИЕНТА НА КОЖЕ НЕСМОТЯ НА ПРОВОДИМОЕ МЕСТНОЕ МАЗЕВОЕ ЛЕЧЕНИЕ ИМЕЕТСЯ НЕЗАЖИВАЮЩАЯ БОЛЕЕ 2 МЕСЯЦЕВ ЯЗВОЧКА, ТО СЛЕДУЕТ

Провести эксцизионную биопсию с гистологическим исследованием*
Сделать криодеструкцию
Провести физиолечение

Продолжить местное лечение, сменив препараты

623. ПРИ ВЫЯВЛЕНИИ НА РЕНТГЕНОГРАММЕ У ПАЦИЕНТА ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕВОГО ГЛАВНОГО БРОНХА СЛЕДУЮЩИМ ДИАГНОСТИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Фибробронхоскопия*

Гамма-сцинтиграфия лёгких с технецием

Ультразвуковое исследование плевральных полостей с пункцией

Рентгеноскопия лёгких

624. ВНУТРИСТЕНОЧНЫЕ ПРОСОВИДНЫЕ МЕТАСТАЗЫ В ПОДСЛИЗИСТОМ СЛОЕ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ ПРИ

Рентгеновской компьютерной томографии

Рентгенографии пищевода

Париетографии

Эзофагоскопии*

625. ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА У ДЕТЕЙ ПОРАЖЕННЫЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРИ ПАЛЬПАЦИИ

Безболезненные*

Слабо болезненные

Резко болезненные

Умеренно болезненные

626. АНТИЭМЕТИКОМ, ДЕЙСТВУЮЩИМ КАК АНТАГОНИСТ СЕРОТОНИНА, ЯВЛЯЕТСЯ

Трифлуоперазин

Галоперидол

Метоклопрамид в низких дозах

Метоклопрамид в высоких дозах*

627. НЕДИФФЕРЕНЦИРОВАННЫЕ ОПУХОЛИ В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ОБОЗНАЧАЮТ СИМВОЛОМ

G4*

G1

G2

G3

628. МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, СОХРАНЯЮЩЕЙ ЙОДОНАКОПИТЕЛЬНУЮ ФУНКЦИЮ, ЯВЛЯЕТСЯ _____ РАК

недифференцированный

медуллярный

папиллярный*

плоскоклеточный

629. РЕГИОНАРНОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ В ШЕЙНЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ПРОИСХОДИТ ПРИ РАКЕ ____ ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА

верхнегрудного

шейного*

нижнегрудного

среднегрудного

630. ДИАГНОЗ «КАРЦИНОИД ПРЯМОЙ КИШКИ» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ

При ирригоскопии

При пальцевом исследовании

После эндоскопического удаления и морфологического исследования*

При ректороманоскопии

631. САРКОМЫ ЧАЩЕ РАЗВИВАЮТСЯ В/ВО

Шейке матки

Теле матки*

Влагалище

Яичниках

632. С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ И КОНТРОЛЯ ЛОКО-РЕГИОНАЛЬНОГО РЕЦИДИВА, В СЛУЧАЕ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ ШАРОВИДНОЙ КАРЦИНОСАРКОМЫ ЛЁГКОГО III СТАДИИ, ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

Расширенной пневмонэктомии

Комбинированной резекции лёгкого

Расширенной лобэктомии *

Лобэктомии

633. ПРИ УЗИ ПРИЗНАКОМ ИНВАЗИВНОГО РОСТА ОПУХОЛИ ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

Неоднородность структуры опухоли

Нарушение структуры кишечной стенки*

Наличие анэхогенного ободка по периферии

Наличие зоны кальцинации в опухоли

634. ВНЕОРГАННОЙ ОПУХОЛЬЮ ШЕИ ЯВЛЯЕТСЯ

Аденома щитовидной железы

Бранхиогенный рак*

Рак щитовидной железы

Рак гортани

635. К СТАНДАРТНЫМ МЕТОДАМ ИНСТРУМЕНТАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ

Флюорография

Маммография*

Дуктография

УЗИ молочных желез

636. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ПОКАЗАНА В СОЧЕТАНИИ С

Радикальной мастэктомией при 2б и 3 стадиях

Радикальной мастэктомией при 1 и 2 стадиях*

Химиотерапией при инфильтративном раке

Радикальной резекцией при 1 и 2 стадиях

637. УГЛУБЛЕННОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНЫХ IA КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ ДОЛЖНО БЫТЬ ОРГАНИЗОВАНО НЕ ПОЗДНЕЕ

10 дней*

7 дней

14 дней

1 месяца

638. ПРАВИЛЬНУЮ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ ПРОЦЕДУР В ПРОЦЕССЕ ОПРЕДЕЛЕНИЯ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ СОСТАВЛЯЮТ _____ И ИНТРАОПЕРАЦИОННЫЙ ПОИСК УЗЛА

УЗИ молочных желез и регионарных лимфоколлекторов, введение радиофармпрепарата или красителя

Спиральная компьютерная томография органов грудной клетки, введение радиофармпрепарата или красителя

Маммосцинтиграфия, картирование лимфатических узлов, пометка на коже проекции*

Маммография, введение радиофармпрепарата или красителя

639. ПЯТИЛЕТНЯЯ БЕЗРЕЦИДИВНАЯ ВЫЖИВАЕМОСТЬ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ МЕНИНГИОМАХ СОСТАВЛЯЕТ (В ПРОЦЕНТАХ)

85-90

30-35

38-58*

75-80

640. ПРОТИВОПОКАЗАНИЕМ К ПРОВЕДЕНИЮ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

Обширное врастание в соседние органы и сосуды

Тромбоцитопения (ниже $110 \cdot 10^9/\text{л}$)

Лейкопения (ниже $3 \cdot 10^9/\text{л}$)

Метастатический плеврит*

641. К КАКОЙ ГРУППЕ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ ОТНОСЯТ ДОЦЕТАКСЕЛ?

Бисфосфонатов

Антиэстрогенов

Антагонистов фолиевой кислоты

Таксанов (препараты растительного и животного происхождения)*

642. НАИБОЛЕЕ РАННЕЙ И ЧАСТОЙ ЖАЛОБОЙ БОЛЬНЫХ С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

Желтуха

Асцит

Кожный зуд

Боль в правом подреберье и эпигастральной области*

643. ЛЕЙКОПЛАКИЮ С ВЫРАЖЕННОЙ АТИПИЧЕСКОЙ ПРОЛИФЕРАЦИЕЙ КЛЕТОЧНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ ШЕЙКИ МАТКИ СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ К

Фоновому заболеванию

Преинвазивному раку

Одной из фаз физиологического состояния эпителия

Предраку*

644. ЕСЛИ ПО КЛИНИКО-РАДИОЛОГИЧЕСКИМ ДАННЫМ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У РЕБЕНКА ПОРАЖЕНЫ 5 ГРУПП ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ, ТО ОБЫЧНО ДЛЯ ЕГО ВЕРИФИКАЦИИ ДОСТАТОЧНО УДАЛИТЬ УЗЛЫ В/ВО

- 1 из групп*
- 2 группах
- 3 группах
- Всех 5 группах

645. ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИМЕНЕНИЯ КРАСИТЕЛЯ МЕТИЛЕНОВЫЙ СИНИЙ ПРИ ОПРЕДЕЛЕНИИ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- Некроз ткани лимфатического узла
- Отёк жировой клетчатки с нарушением К/НА-баланса
- Анафилактический шок
- Жировой некроз*

646. РВОТА КАК УСЛОВНЫЙ РЕФЛЕКС НА ВВЕДЕНИЕ ХИМИОПРЕПАРАТА СЧИТАЕТСЯ

- Неконтролируемой
- Условно-рефлекторной*
- Рефрактерной
- Отсроченной

647. СПЕЦИАЛЬНОЕ ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО С ЖАЛОБАМИ НА НАРУШЕНИЕ СО СТОРОНЫ КИШЕЧНИКА СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

- Ректального пальцевого исследования*
- Колонофиброскопии
- Ректороманоскопии
- Ирригографии

648. АНАЛИЗ БИОПТАТОВ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ НА МУТАЦИЮ RAS (ЭКЗОНЫ 2, 3, 4 ГЕНОВ KRAS И NRAS) НЕОБХОДИМ ДЛЯ ОПРЕДЕЛЕНИЯ

- Объёма хирургического вмешательства
- Радикальности оперативного вмешательства
- Прогноза заболевания
- Тактики лекарственного лечения при метастатическом раке*

649. СОГЛАСИЕ ПАЦИЕНТА ИЛИ ЕГО ЗАКОННОГО ПРЕДСТАВИТЕЛЯ НА МЕДИЦИНСКОЕ ВМЕШАТЕЛЬСТВО СЛЕДУЕТ ПОЛУЧАТЬ ВСЕГДА

- Когда медицинское вмешательство производится в плановом порядке
- При проведении медицинского вмешательства
- Кроме случаев, когда состояние больного не позволяет ему выразить свою волю, а медицинское вмешательство неотложно*
- Кроме случаев, когда пациенту требуется высокотехнологичная медицинская помощь

650. ДЛЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЖЕЛУДКА СЛЕДУЕТ ВЫПОЛНИТЬ

- Эзофагогастродуоденоскопию*
- КТ органов брюшной полости
- Позитронно-эмиссионную томографию
- Ультразвуковое исследование

651. ВНЕОРГАННОЙ ОПУХОЛЬЮ ШЕИ, ПРЕДСТАВИТЕЛЕМ APUD-СИСТЕМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- Медуллярный рак щитовидной железы

Хемодектома*
Бранхиогенный рак
Хордома

652. ПАПИЛЛЯРНЫЕ, РАБДОИДНЫЕ И АНАПЛАСТИЧЕСКИЕ МЕНИНГИОМЫ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ОТНОСЯТ К _____ СТЕПЕНИ

III*
II
I
IV

653. ЕСЛИ В ТРУДОВОМ ДОГОВОРЕ НЕ ОГОВОРЕН СРОК ЕГО ДЕЙСТВИЯ, ТО ДОГОВОР СЧИТАЕТСЯ

Заклученным на неопределенный срок*
Недействительным
Заклученным на срок не менее одного года
Заклученным на срок не менее двух лет

654. ПРИ КЛИНИЧЕСКОМ ДИАГНОЗЕ «МЕЛАНОМА» БЕЗ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ВЕРИФИКАЦИИ МОЖЕТ БЫТЬ НАЧАТО _____ ЛЕЧЕНИЕ

Иммунологическое
Химиотерапевтическое
Хирургическое*
Лучевое

655. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Отёк руки на стороне операции*
Тромбоэмболия лёгочной артерии
Нагноение раны
Изменение ритма сердца

656. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ СЛИЗИСТОЙ ПОЛОСТИ РТА ЯВЛЯЕТСЯ

Плоскоклеточный рак*
Саркома
Мукоэпидермоидная опухоль
Цилиндрома

657. ОПРЕДЕЛЁННОЕ ОТНОШЕНИЕ К ВОЗНИКНОВЕНИЮ ЛИМФОМЫ БЕРКИТТА И РАКА НОСОГЛОТКИ У ЧЕЛОВЕКА ИМЕЕТ

паповавирус
вирус из группы вирусов оспы
аденовирус
вирус Эпштейна – Барр*

658. ПОРАЖЕНИЕ ШЕЙНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ СЛЕВА, МЕДИАСТИНАЛЬНЫХ, ПАХОВЫХ ЛИМФОУЗЛОВ И СЕЛЕЗЁНКИ ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

III*
II
I

659. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ПОРАЖЕНИЯ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА ЛЕГКИХ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- КТ, оптимально в сочетании с ПЭТ*
- МРТ с контрастным усилением
- Рентгенография в двух проекциях
- Вентиляционная сцинтиграфия

660. ПРИ ПЕРВИЧНОМ РАКЕ ПЕЧЕНИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ

- Гепатомегалия*
- Симптом Курвуазье
- Спленомегалия
- Желтушность кожных покровов

661. С УВЕЛИЧЕНИЕМ ПАРАМЕТРАЛЬНОЙ ИНФИЛЬТРАЦИИ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

- Лучевая терапия*
- Хирургический
- Химиотерапия
- Иммунотерапия

662. ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА ОПУХОЛЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ВЫПОЛНЯЮТ

- Компьютерную томографию
- Обзорную рентгенографию мочевых путей
- Экскреторную урографию
- Цистоскопию*

663. ПО МЕХАНИЗМУ ДЕЙСТВИЯ ИНТЕРФЕРОН АЛЬФА-2В ОТНОСИТСЯ К

- Мультикиназным ингибиторам
- Ингибиторам контрольных точек иммунного ответа
- Таргетным препаратам
- Цитокинам*

664. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ЭКТОПИЧЕСКОЙ СЕКРЕЦИИ АКТГ ПРИ РАКЕ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- Синдром Иценко – Кушинга*
- Гинекомастия
- Гиперпаратиреозидизм
- Гипертрофическая остеоартропатия

665. ПЕРВИЧНЫЕ СИМПТОМЫ РАКА ЛЕГКОГО ОБУСЛОВЛЕННЫ ПРОЯВЛЕНИЕМ

- Регионарных метастазов
- Первичной опухоли бронха*
- Общего воздействия опухоли на организм
- Отдаленных метастазов

666. ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ПОРАЖЕНИЕ СЕЛЕЗЁНКИ И МЕДИАСТИНАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ С СИМПТОМАМИ ИНТОКСИКАЦИИ СООТВЕТСТВУЕТ

- _____ СТАДИИ
- ПБ

ШБ*
IVБ
ША

667. ЭКЗОФИТНАЯ ФОРМА РАКА ЛЁГКОГО ВЫГЛЯДИТ ПРИ БРОНХОСКОПИИ КАК ОПУХОЛЬ

Растущая в просвет бронха*
Инфильтрирующая стенку бронха
С изъязвлением
Подслизистым ростом

668. РЕШАЮЩИМ ДЛЯ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА «РАК ЭНДОМЕТРИЯ» ЯВЛЯЕТСЯ

Диагностическое выскабливание*
Радиоизотопное исследование с ³²P
Ультразвуковое исследование малого таза
Осмотр в зеркалах

669. ДЕЙСТВУЮЩИМ ВЕЩЕСТВОМ ПРИ ИЗОЛИРОВАННОЙ РЕГИОНАРНОЙ ПЕРФУЗИИ КОНЕЧНОСТЕЙ В СЛУЧАЕ МЕСТНО-РАСПРОСТРАНЁННОЙ МЕЛАНОМЫ СЛУЖИТ

Метотрексат
Мелфалан*
Цисплатин
Винорелбин

670. РАК КОЖИ ВОЛОСИСТОЙ ЧАСТИ ГОЛОВЫ БЕЗ ДЕСТРУКЦИИ КОСТЕЙ ЧЕРЕПА, РАЗМЕРОМ 2,5 СМ, БЕЗ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ ЗАБОЛЕВАНИЯ

II*
I
III
IV

671. БОЛЬНОМУ СО СТЕНОЗИРУЮЩИМ РАКОМ ПИЛОРИЧЕСКОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА И ОТДАЛЕННЫМИ МЕТАСТАЗАМИ ПОКАЗАНО

Химиотерапевтическое лечение
Эндоскопическое стентирование*
Хирургическое лечение
Проведение лучевой терапии

672. ПОКАЗАТЕЛЕМ АДЕКВАТНОСТИ ПРИ УДАЛЕНИИ САРКОМЫ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

Удаление опухоли с отступом на 3 см от ее краев
Удаление опухоли с мышечно-фасциальным футляром, в котором она расположена*
Иссечение опухоли с окружающими ее мышцами, с отступом на 1 см от краев новообразования
Удаление опухоли с окружающей ее капсулой

673. К ПРИЗНАКАМ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ТРАНСФОРМАЦИИ ПИГМЕНТНЫХ ПЯТЕН (ПРАВИЛО ABCD) ОТНОСИТСЯ

Размеры пятна более 3 мм
Асимметрия*
Однородность окраски
Четкость контуров

674. ПОД ИНВАЗИВНЫМ РАКОМ ПОНИМАЮТ

Опухолевый процесс, поражающий все слои слизистой, при отсутствии метастазов

Опухолевый процесс, ограниченный лишь эпителиальным пластом при сохраненной целостности базальной мембраны

Опухолевый процесс, который ограничен лишь эпителиальным пластом и базальной мембраной

Проращение раковых клеток через базальную мембрану и инвазию в подлежащую ткань *

675. КО II ГРУППЕ РИСКА ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ОТНОСЯТ ДЕТЕЙ СО СТАДИЯМИ

II B, IV AB
I A/B, II A
II EB, III EA/B
II EA, III A *

676. ПРАВИЛЬНЫМ ПУТЁМ ВВЕДЕНИЯ РАДИОФАРМПРЕПАРАТА ПРИ МАММОСЦИНТИГРАФИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Подкожный
Внутриартериальный
Внутривенный*
Внутримышечный

677. ПРОТИВООПУХОЛЕВЫМ АНТИБИОТИКОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Тиотепа
Доксорубицин*
Ифосфамид
Винкристин

678. РАДИКАЛЬНАЯ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ РАКА НИЖНЕЙ ГУБЫ IIIA СТАДИИ ВОЗМОЖНА С ПОМОЩЬЮ

Близкофокусной рентгенотерапии
Дистанционной γ -терапии*
Брахитерапии
Сочетанной лучевой терапии

679. НЕСТЕРОИДНЫМ АНТИАНДРОГЕНОМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

Медроксипрогестерон
Полиэстрадиола фосфат
Флутамид*
Флуоцинолона ацетонид

680. В СЛУЧАЕ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭНДОБРОНХИАЛЬНОЙ ОПУХОЛИ НА

ШИРОКОМ ОСНОВАНИИ С ПРИЗНАКАМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В БРОНХАХ ОПТИМАЛЬНЫМ ВАРИАНТОМ ЯВЛЯЕТСЯ ДВУХЭТАПНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ С ПРИМЕНЕНИЕМ _____ В КАЧЕСТВЕ ПЕРВОГО ЭТАПА

- Лазерного излучения *
- Электрорезекции
- Ультразвука
- Сверхнизких температур

681. РЕКОМЕНДУЕМЫМ ОБЪЁМОМ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО 78 ЛЕТ С РАКОМ РОТОГЛОТКИ Т3N0M0, С ИНФАРКТМ МИОКАРДА, С ПОЛНЫМ ВОССТАНОВЛЕНИЕМ ПОСЛЕ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ 2 ГОДА НАЗАД, СО ЗНАЧЕНИЕМ ФРАКЦИИ ВЫБРОСА 42% ЯВЛЯЕТСЯ

- Хирургическое лечение с последующей лучевой терапией
- Три курса индукционной полихимиотерапии по схеме TPF с последующей одновременной химиолучевой терапией с еженедельным введением карбоплатина AUC 1,5
- Одновременная химиолучевая терапия с еженедельным введением цетуксимаба *
- Одновременная химиолучевая терапия с введением цисплатина 100 мг/м² каждые три недели

682. ПОВЫШЕННОЕ СОДЕРЖАНИЕ АДРЕНOKОРТИКОТРОПНОГО ГОРМОНА (АКТГ) В КРОВИ МОЖЕТ ОПРЕДЕЛЯТЬСЯ ПРИ

- Плоскоклеточном раке пищевода
- Плоскоклеточном раке лёгкого
- Железистом раке желудка
- Мелкоклеточном раке лёгкого*

683. ОСНОВНЫМИ ПРИНЦИПАМИ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ПРИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЯХ ЯВЛЯЮТСЯ

- Системность, направленность
- Унифицированность, комплексность
- Атравматичность, экономичность
- Радикальность, абластичность, зональность*

684. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АГРАНУЛОЦИТОЗА НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНО ПРИМЕНЕНИЕ

- Меглумина акридонацетата
- Фенилкарбэтоксиметилтиазолидинкарбоновой кислоты
- Филграстима*
- Эпозтина альфа

685. ПРИЧИНОЙ КОЖНОГО ЗУДА У ОНКОЛОГИЧЕСКИХ БОЛЬНЫХ ЯВЛЯЕТСЯ

- Грибковая инфекция
- Гиперкальциемия
- Паранеопластический синдром*
- Кахексия

686. МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПРИМЕНЯЕМЫМ ДЛЯ УТОЧНЕНИЯ СТАДИИ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- Ультразвуковое исследование*
- Пальцевое исследование прямой кишки
- Колоноскопия
- Общий анализ крови

687. ПРИЗНАКОМ Т4А ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

Только диффузный отек по типу лимонной корки

Проращение опухоли в грудные мышцы

Проращение опухоли в грудную стенку*

Изъязвление опухоли

688. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛАДОННО-ПОДОШВЕННЫЙ СИНДРОМ ВЫЗЫВАЕТСЯ ПРИМЕНЕНИЕМ

Нилотиниба

Доксорубицина

Бевацизумаба

Сорафениба*

689. РАК ШЕЙКИ МАТКИ ЧАЩЕ ВСЕГО ВОЗНИКАЕТ

На влагалищной порции шейки матки

В железах шейки матки

У внутреннего зева

У границы плоского и цилиндрического эпителиев*

690. У БОЛЬНОЙ РАКОМ НИЖНЕЙ ГУБЫ Т1N1M0 КЛИНИЧЕСКОЙ ГРУППЫ II ДАЛЬНЕЙШЕЙ ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ ЯВЛЯЕТСЯ

Оперативное лечение

Предоперационная лучевая терапия*

Фитотерапия

Лекарственная терапия

691. ЗАДЕРЖКА ЭВАКУАЦИИ ИЗ ЖЕЛУДКА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ ЛОКАЛИЗАЦИИ РАКА

в теле желудка

по большой кривизне

в кардиальном отделе

в пилорическом отделе*

692. МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ВЕРИФИЦИРОВАТЬ ОПУХОЛЕВОЕ ЗАБОЛЕВАНИЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

Общий анализ крови

Морфологическое исследование*

Термография

Пальпация

693. ЭНДОСКОПИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ РАННЕГО РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ РЕКОМЕНДУЕТСЯ ПРИ

Тубулярно-ворсинчатых аденомах с тяжёлой степенью дисплазии эпителия *

Лимфоваскулярной инвазии

Стадии > pT1sm1

Низкодифференцированной или слизистой аденокарциноме

694. ОПУХОЛЬЮ У ДЕТЕЙ, КОТОРАЯ СПОСОБНА К СОЗРЕВАНИЮ (РЕВЕРСИИ), ЯВЛЯЕТСЯ

Нефробластома

Нейробластома*

Гепатобластома
Тератобластома

695. КАПЕЦИТАБИН ОТНОСЯТ К ГРУППЕ

Таксанов
Антиэстрогенов
Антагонистов пиримидина (антиметаболиты) *
Бисфосфонатов

696. ОСНОВНЫМИ ПРЕДРАКОВЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЮТСЯ

Гиперпластические полипы желудка, расширенные варикозные вены желудка, трихобезоар

Болезнь Менетрие, хронический атрофический гастрит, пернициозная анемия *

Невринома стенки желудка, острые «стрессовые» язвы задней стенки желудка, лейомиома передней стенки желудка

Язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки, фитобезоар, аберрантная поджелудочная железа по передней стенке желудка

697. ОСТЕОГЕННЫЕ САРКОМЫ ЧАЩЕ ВСЕГО ВСТРЕЧАЮТСЯ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

до 25*
30-40
40-50
старше 50

698. МИНИМАЛЬНЫМ, ОНКОЛОГИЧЕСКИ ОБОСНОВАННЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАЦИИ ПРИ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОМ РАКЕ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

Пневмонэктомия
Атипичная резекция легкого
Лобэктомия с ипсилатеральной медиастинальной лимфодиссекцией*
Лобэктомия без ипсилатеральной медиастинальной лимфодиссекции

699. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИСПОЛЬЗУЕНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОБРАЗОВАНИЙ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

Экстирпация пищевода
Энуклеация опухоли*
Фотодинамическая терапия
Резекция сегмента пищевода

700. ПАЛЛИАТИВНОЕ ЛЕКАРСТВЕННОЕ ЛЕЧЕНИЕ В ВИДЕ МАЗЕВЫХ АППЛИКАЦИЙ ПРОСПИДИЯ ХЛОРИДА 3% ПРИМЕНЯЮТ ПРИ

Вирусных папилломах
Меланоме
I-II стадии базальноклеточного рака*
III стадии плоскоклеточного рака кожи

701. К ЭМБРИОНАЛЬНЫМ ОПУХОЛЯМ ЦНС У ДЕТЕЙ ОТНОСЯТ

Глиобластому
Медуллобластому*
Менингиому
Эпендимому

702. МЕТАСТАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ РАКА ЖЕЛУДКА В ПЕЧЕНИ ИМЕЮТ
Неправильную форму с резким отграничением от окружающей ткани печени
Правильную округлую форму с кратерообразным углублением в центре и нечетким переходом в окружающую ткань
Неправильную форму и сосудистый венчик вокруг узла
Правильную округлую форму с кратерообразным углублением в центре и сосудистый венчик вокруг узла*

703. САМЫМ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ШЕЙКИ МАТКИ ЯВЛЯЕТСЯ
Биопсия*
Кольпоскопия
Трансвагинальное УЗИ
Осмотр в зеркалах

704. В МАЗКАХ КРОВИ ПАЦИЕНТА С АПЛАСТИЧЕСКОЙ АНЕМИЕЙ ПРЕОБЛАДАЮТ
Нейтрофилы
Лимфоциты*
Эозинофилы
Моноциты

705. ПРИ ОПУХОЛЕВОМ ПОРАЖЕНИИ ПИЛОРОАНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ НАРУШАЕТСЯ ____ ФУНКЦИЯ
Секреторная
Бактерицидная (барьерная)
Резервуарная
Моторно-эвакуаторная*

706. ИЗЛЕЧЕНИЕ С ПОМОЩЬЮ ХИМИОТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО ПРИ
Раке желудка
Меланоме
Хориокарциноме матки*
Раке почки

707. НАИБОЛЕЕ НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ГИСТОТИПОМ РАКА ЛЁГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ _____ РАК
Мелкоклеточный*
Крупноклеточный
Железистый
Плоскоклеточный

708. ИНТОКСИКАЦИЯ И АНЕМИЯ НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ РАКА ____ КИШКИ
Восходящей ободочной*
Поперечной ободочной
Нисходящей ободочной
Сигмовидной

709. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ЛОКАЛИЗУЕТСЯ НА КОЖЕ
Туловища

Лица*
Спины
Конечностей

710. ЗАДАЧЕЙ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО ДИСПАНСЕРА ЯВЛЯЕТСЯ

Анализ статистических данных по заболеваемости и смертности*

Организация профосмотров

Научно-исследовательская работа

Онкологическая подготовка врачей

711. ГЛАВНОЙ ЦЕЛЬЮ СИМПТОМАТИЧЕСКОЙ ОПЕРАЦИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Удаление поражённого опухолью органа

Удаление гематогенных метастазов

Удаление регионарных лимфатических метастазов опухоли

Устранение осложнений, которые могут привести больного к смерти*

712. НАИБОЛЕЕ ТЯЖЁЛЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЁГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

Сдавление верхней полой вены

Ателектаз

Профузное лёгочное кровотечение*

Гиповентиляция

713. ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗОМ НАЗЫВАЮТ

Заболевание крови

Жировое перерождение лимфоидной ткани

Опухолевое заболевание, при котором первично поражается лимфоидная система*

Хроническое воспаление лимфоидной ткани

714. СИСТЕМНОЙ ЕДИНИЦЕЙ ИЗМЕРЕНИЯ ПОГЛОЩЕННОЙ ДОЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

джоуль

рад

рентген

грей*

715. ВЫЯВЛЕННЫЕ ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА УВЕЛИЧЕННЫЕ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ ЛЕВОЙ НАДКЛЮЧИЧОЙ ОБЛАСТИ НОСЯТ НАЗВАНИЕ МЕТАСТАЗ

Вирхова*

Сестры Марии Джозеф

Крукенберга

Шницлера

716. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК НИЖНЕЙ ГУБЫ РАЗМЕРОМ 3 СМ БЕЗ МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ В РЕГИОНАРНЫЕ ЛИМФОУЗЛЫ И ПРИ ОТСУТСТВИИ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ СООТВЕТСТВУЕТ _____ СТАДИИ

I

II*

IIб

III

717. НАИБОЛЕЕ ВЫСОКАЯ ВЕРОЯТНОСТЬ ОБРАЗОВАНИЯ МЕЛАНОМЫ СУЩЕСТВУЕТ У ПАЦИЕНТОВ С

Пигментными пятнами
Себорейным кератозом
Диспластическими невусами*
Солнечным кератозом

718. ПОВЫШЕНИЕ УРОВНЯ КАЛЬЦИТОНИНА, ОПРЕДЕЛЯЕМОГО РАДИОИММУНОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ, ХАРАКТЕРНО ДЛЯ _____ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ
фолликулярного
недифференцированного
папиллярного
медуллярного*

719. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМИСЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫМИ ОПУХОЛЯМИ ПЕЧЕНИ ЯВЛЯЮТСЯ
Холангиогепатомы
Фибромы
Гемангиомы*
Гамартромы

720. ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАДИКАЛЬНОЙ МАСТЭКТОМИИ ПО ХОЛСТЕДУ – МАЙЕРУ
Большая грудная мышца сохраняется, малая грудная мышца удаляется
Большая грудная мышца удаляется, малая грудная мышца сохраняется
Большая и малая грудные мышцы сохраняются
Большая и малая грудные мышцы удаляются*

721. ПРИ РАКЕ ЛЁГКОГО ТОЛЬКО В ИСКЛЮЧИТЕЛЬНЫХ СЛУЧАЯХ ДОПУСТИМА
Расширенная пульмонэктомия
Лобэктомия
Сегментарная резекция лёгкого*
Пульмонэктомия

722. ОПУХОЛЕВЫМ МАРКЕРОМ ХОРИОКАРЦИНОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ
ХГ*
АКТГ
ПСА
СА-125

723. ПОКАЗАНИЯМИ К ОПЕРАТИВНОМУ ЛЕЧЕНИЮ ПРИ КИСТОЗНОМ ФИБРОАДЕНОМАТОЗЕ ЯВЛЯЮТСЯ
Кисты размером до 1 см
Множественные кисты
Большие кисты
Кисты с утолщенными стенками*

724. В ХИМИОТЕРАПИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ГОЛОВЫ И ШЕИ ПРИМЕНЯЕТСЯ
Цисплатин*
Нитрозометилмочевина
Хлодиган

Актиномицин D

725. ДЛЯ УЛУЧШЕНИЯ ПЕРЕНОСИМОСТИ МЕТОТРЕКСАТА НАЗНАЧАЮТ

Аскорбиновую кислоту
Фолиевую кислоту*
Никотиновую кислоту
Витамины группы B

726. ПРИ ПЛАНИРОВАНИИ РАДИКАЛЬНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА С ЦЕЛЬЮ УДАЛЕНИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ, ПРОЯВЛЯЮЩЕЙСЯ СИНДРОМОМ ГОРНЕРА, НАРУШЕНИЕМ ЧУВСТВИТЕЛЬНОСТИ КОЖИ И АТРОФИЕЙ ВЕРХНЕЙ КОНЕЧНОСТИ, ОПТИМАЛЬНЫМ ДОСТУПОМ ЯВЛЯЕТСЯ _____ ТО-РАКОТОМИЯ

Передняя
Парастернальная
Боковая
Задняя*

727. ЗОЛОТЫМ СТАНДАРТОМ В ДИАГНОСТИКЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

Ректороманоскопия
Ультразвуковое исследование брюшной полости
Ирригорафия
Фиброколоноскопия*

728. КАРДИОТОКСИЧНОСТЬ ВОЗНИКАЕТ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ

Витаминов группы B
Антибиотиков антрациклинового ряда*
Сульфаниламидов
Макролидов

729. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА ЯВЛЯЕТСЯ НА-ЛИЧИЕ ГИГАНТСКИХ КЛЕТОК

Плазмоцитарного типа
Пирогова – Лангханса
Березовского – Штернберга*
Ходжкина

730. ПУТЁМ ГЕРОТЫ НАЗЫВАЮТ ПУТЬ ЛИМФООТТОКА В _____ ПРИ БЛОКЕ _____ ОТТОКА

Предбрюшинную клетчатку через прямую мышцу живота из молочной железы; под-мышечного

Предбрюшинную клетчатку через диафрагму из молочной железы; подмышечного*
Подкожную клетчатку через диафрагму из молочной железы; парастернального
Парастернальные лимфатические узлы; подмышечного

731. КИШЕЧНАЯ НЕПРОХОДИМОСТЬ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ РАКЕ _____ КИШКИ

Прямой
Правой половины ободочной
Левой половины ободочной*
Поперечной ободочной

732. ВИРУС ЭПШТЕЙНА – БАРР (EBV) ИНФИЦИРУЕТ

Нейтрофилы

Моноциты и макрофаги

T-лимфоциты и гистиоциты

B-лимфоциты и эпителиальные клетки*

733. К КЛИНИЧЕСКОЙ ФОРМЕ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ОТНОСИТСЯ

Гипергликемическая

Токсико-анемическая*

Гипогликемическая

Странгуляционная

734. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ПРОВЕДЕНИЯ АДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ПРИ РАКЕ ТОЛСТОЙ КИШКИ СОСТАВЛЯЕТ (В МЕСЯЦАХ)

4

2

6*

12

735. БОЛЕВЫЕ ОЩУЩЕНИЯ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

Фиброаденомы

Диффузной мастопатии*

Болезни Минца

Рака молочной железы

736. К ПРОТИВООПУХОЛЕВЫМ АНТИБИОТИКАМ ОТНОСЯТ

Противоопухолевые препараты, получаемые из продуктов жизнедеятельности грибов*

Препараты, применяемые для лечения оппортунистических инфекций, развившихся на фоне противоопухолевой терапии

Цитотоксические вещества, вырабатываемые макрофагами в ответ на развитие опухоли

Препараты для профилактики хирургической инфекции в онкологии

737. ПРИ РАКЕ ШЕЙНОГО ОТДЕЛА ПИЩЕВОДА К РЕГИОНАРНЫМ ЛИМФАТИЧЕСКИМ УЗЛАМ ОТНОСЯТ _____ ЛИМФАТИЧЕСКИЕ УЗЛЫ

Бифуркационные

Прескаленные*

Нижние околопищеводные

Медиастинальные

738. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ПРОЯВЛЯЕТСЯ ДИСФАГИЕЙ РАК ЖЕЛУДКА, ЛОКАЛИЗУЮЩИЙСЯ

в кардии*

в пилорическом отделе

в теле желудка

по большой кривизне

739. К ТРИАДЕ СИМПТОМОВ РАКА ПОЧКИ ОТНОСЯТСЯ ГЕМАТУРИЯ

Потеря веса, слабость

Боль, слабость

Боль, ускоренная СОЭ

Боль, пальпируемая опухоль*

740. ОПТИМАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ РАКЕ АНТРАЛЬНОГО ОТДЕЛА ЖЕЛУДКА ЯЗВЕННО-ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМЫ 3 СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- Наложение гастроэнтероанастомоза
- Дистальная субтотальная резекция желудка
- Гастрэктомия*
- Антрумэктомия

741. СИМПТОМОМ, С КОТОРЫМ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОБРАЩАЮТСЯ К ВРАЧУ БОЛЬНЫЕ ОПУХОЛЮ ВИЛЬМСА (НЕФРОБЛАСТОМОЙ), ЯВЛЯЕТСЯ

- Гематурия
- Боль в животе
- Лихорадка
- Пальпируемое опухолевидное образование в животе*

742. ВЕРОЯТНОСТЬ МАММОГРАФИЧЕСКОЙ ГИПЕРДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА

- При фиброзирующем аденозе*
- При расположении опухоли на периферии молочной железы
- При больших размерах молочных желёз
- У женщин в глубокой менопаузе

743. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ЛИМФОГЕННОЕ МЕТАСТАЗИРОВАНИЕ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОИСХОДИТ ПО _____ ПУТИ

- Парастернальному
- Транспекторальному
- Подключичному
- Подмышечному*

744. ОПАСНОСТЬ ВОЗНИКНОВЕНИЯ КАРДИОТОКСИЧНОСТИ БОЛЕЕ ВЕРОЯТНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ТРАСТУЗУМАБОМ В КОМБИНАЦИИ С

- Винорелбином
- Паклитакселом
- Антрациклинами*
- Фторурацилом

745. ДОСТОВЕРНО УСТАНОВИТЬ ДИАГНОЗ «ОСТЕОГЕННАЯ САРКОМА» ПОЗВОЛЯЕТ

- Рентгенография
- Морфологическое исследование*
- Компьютерная томография
- Ангиография

746. ПРИ СДАВЛЕНИИ СПИННОГО МОЗГА ЭФФЕКТИВНЫ

- НПВС
- Бисфосфонаты
- Кортикостероиды*
- Антрациклины

747. ПРОВЕДЕНИЕ РАСШИРЕННОЙ ПНЕВМОНЭКТОМИИ ПОДРАЗУМЕВАЕТ УДАЛЕНИЕ ЛЁГКОГО С

- Удалением лимфатических узлов переднего и заднего средостения*

Удалением корневых, бифуркационных, верхних трахеобронхиальных лимфатических узлов
Транскардиальной обработкой сосудов лёгкого
Резекцией перикарда или грудной стенки

748. К ЦИТОСТАТИКАМ, ЧАЩЕ ВСЕГО ВЫЗЫВАЮЩИМ ПИРОГЕННЫЕ РЕАКЦИИ, ОТНОСЯТ

Блеоцин, блеомицетин, пепломицин*
Адриамицин, фарморубицин, карминомицин, рубомицин
Цисплатин, платин, карбоплатин
Ломустин, кармустин, семустин

749. САМЫМ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, НЕЗАВИСИЩИМ ОТ РАЗМЕРОВ ОПУХОЛИ, ЯВЛЯЕТСЯ

Боль в надлобковой области
Гематурия*
Боль в поясничной области
Дизурия

750. МОЛЕКУЛЯРНО-БИОЛОГИЧЕСКИМ ПОДТИПОМ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ПРИ КОТОРОМ НАБЛЮДАЕТСЯ НАИХУДШИЙ ПРОГНОЗ, ЯВЛЯЕТСЯ

Люминальный В (Her2-отрицательный)
Her2-позитивный
Тройной негативный*
Люминальный А

751. СТАНДАРТНАЯ ХИМИОТЕРАПИЯ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКИХ ОПУХОЛЕЙ БЕЗ ПРИМЕНЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ

Малоэффективна
Позволяет достичь выздоровления лишь у половины больных
Неэффективна
Позволяет достичь полного выздоровления у абсолютного большинства больных*

752. ВНУТРИПРОТОВОКОВЫЕ ПАПИЛЛОМЫ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОГУТ БЫТЬ ВЫЯВЛЕНЫ ПРИ

Компьютерной томографии
Бесконтрастной маммографии
Дуктографии*
Крупнокадровой флюорографии

753. ПРИ РАКЕ ГОЛОВКИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ С ЦЕЛЬЮ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

Гастропанкреатодуоденальная резекция*
Резекция поджелудочной железы
Криодеструкция опухоли
Химиолучевое лечение

754. ПСЕВДОВОСПАЛИТЕЛЬНАЯ ФОРМА РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

Вздутием живота, схваткообразными болями, запорами, иногда тошнотой и рвотой
Чередованием поноса с запорами, примесью слизи в кале
Наличием пальпируемого, умеренно болезненного и слабосмещаемого при пальпации

инфильтрата в брюшной полости*

Стойкой, выраженной анемией без признаков желудочно-кишечного кровотечения

755. АНАЛЬНЫЙ РАК ПРЯМОЙ КИШКИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МЕТАСТАЗИРУЕТ В
Лёгкие

Кости позвоночника

Печень

Паховые лимфоузлы*

756. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТЕОСАРКОМЫ ИСПОЛЬЗУЮТ РАДИОФАРМА-
ЦЕВТИЧЕСКИЙ ПРЕПАРАТ

99mTc-DMSA

99mTc-Технетрил

99mTc-Фосфотех*

201Tl-хлорид

757. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ПЕРВИЧНОГО РАКА ПЕ-
ЧЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

Регионарная химиотерапия

Лучевой

Системная химиотерапия

Хирургический*

758. ОПУХОЛЬ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, МАКРОСКОПИЧЕСКИ ПРОРАСТАЮЩАЯ В
ПАРАВЕЗИКАЛЬНУЮ КЛЕТЧАТКУ, СТАДИРУЕТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM
(UICC, 7-Е ИЗДАНИЕ, 2009 Г.) КАК _ СТАДИЯ

T4

T3a

T3b*

T2b

759. ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ КОЖИ ЯВЛЯЮТСЯ ЗАПУЩЕННЫМИ В
СТАДИИ

in situ

II

I

III*

760. ЛЕЧЕНИЕ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ГЛАВНЫМ ОБРАЗОМ

Хирургическое*

Комбинированное

Лучевое

Гормональное

761. В КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ МЕЛАНОМЫ ВХОДИТ

Хирургическое лечение, физиотерапия, санаторно-курортное лечение

Лучевая терапия, полихимиотерапия, санаторно-курортное лечение

Хирургическое лечение, лучевая и полихимиотерапия, иммунотерапия*

Хирургическое лечение, иммунотерапия, физиотерапия

762. РАДИОЙОДТЕРАПИЯ НЕОНКОЛОГИЧЕСКИХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ЩИТОВИД-

НОЙ ЖЕЛЕЗЫ ИСПОЛЬЗУЕТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ

- Аутоиммунного тиреоидита Хашимото
- Болезни Грейвса (Базедов)*
- Подострого гранулематозного тиреоидита Де-Кервена
- Фиброзирующего тиреоидита Риделя

763. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГОРМОНАЛЬНЫХ РЕЦЕПТОРОВ В ОПУХОЛИ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВАЖНО ДЛЯ

- Определения уровня гормонов в организме
- Определения целесообразности гормонотерапии*
- Определения уровня гормонов в опухолевой ткани
- Типирования гистологической природы опухоли

764. БОЛЬНОЙ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗОМ С ПОРАЖЕНИЕМ ТРЕХ ГРУПП ЛИМФОУЗЛОВ ПО ОДНУ СТОРОНУ ДИАФРАГМЫ, БЕЗ СИМПТОМОВ ИНТОКСИКАЦИИ ИМЕЕТ _____ СТАДИЮ ЗАБОЛЕВАНИЯ

- IIВ
- IIIА
- IIА*
- IIIВ

765. ПОД КОМБИНИРОВАННЫМ ЛЕЧЕНИЕМ ПОНИМАЮТ

- Паллиативную операцию в сочетании с пред- или послеоперационной лучевой терапией
- Радикальную операцию в сочетании с пред- или послеоперационной лучевой терапией*
- Операцию с лучевой терапией через 8 месяцев по поводу рецидива опухоли
- Лучевую терапию с операцией через 3 месяца по поводу продолженного роста опухоли

766. ХРЯЩЕОБРАЗУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

- Остеохондрома*
- Остеофиброзная дисплазия
- Адамантинома
- Остеоид остеома

767. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- Гормональный
- Хирургический*
- Химиотерапевтический
- Лучевой

768. ПАЛЛИАТИВНЫЙ РЕЖИМ ХИМИОТЕРАПИИ НАЗНАЧАЮТ С ЦЕЛЬЮ

- Полной эрадикации опухоли
- Достижения ремиссии опухолевого процесса
- Профилактики рецидивов после завершения основного курса
- Продления жизни и улучшения её качества*

769. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО ПРИ ПАЛЬЦЕВОМ ИССЛЕДОВАНИИ ПРЯМОЙ КИШКИ В НИЖНЕАМПУЛЯРНОМ ОТДЕЛЕ ОБНАРУЖЕНО ИЗЪЯЗВЛЕНИЕ С ПЛОТНЫМ ДНОМ И ВАЛИКООБРАЗНЫМИ КРАЯМИ, ТО ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

- Рак прямой кишки*

Язва прямой кишки
Трещина прямой кишки
Геморрой

770. БОЛЬНОЙ С КРОВЯНИСТЫМИ ВЫДЕЛЕНИЯМИ ИЗ ПРЯМОЙ КИШКИ НУЖДАЕТСЯ В

Срочном обследовании*
Консервативном лечении
Гемотрансфузии
Плазмаферезе

771. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ ОПУХОЛЬЮ МОЗГОВОГО ВЕЩЕСТВА НАДПОЧЕЧНИКОВ ЯВЛЯЕТСЯ

Параганглиома
Феохромоцитома*
Ганглионеврома
Симпатобластома

772. ПРИ КАКОМ ОСЛОЖНЕНИИ ОПУХОЛЕЙ ТОЛСТОЙ И ПРЯМОЙ КИШКИ МОЖЕТ НАБЛЮДАТЬСЯ СИМПТОМ ВАЛЯ?

Метастазировании
Перфорации
Непроходимости*
Пенетрации с образованием свища

773. ЛЕЧЕНИЕ РЕТИНОБЛАСТОМЫ НА ПОЗДНИХ СТАДИЯХ СЛЕДУЕТ НАЧИНАТЬ С

Дистанционной гамма-терапии
Системной химиотерапии
Энуклеации поражённого глаза*
Фотодинамической терапии

774. СОГЛАСНО КРИТЕРИЯМ ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПОД ЧАСТИЧНЫМ ЭФФЕКТОМ ПРИ СОЛИДНЫХ ОПУХОЛЯХ ПО ШКАЛЕ RECIST ПОНИМАЮТ

Исчезновение всех очагов поражений на срок не менее 2 недель
Увеличение <25% при отсутствии новых очагов поражения
Исчезновение всех очагов поражений на срок не менее 4 недель
Уменьшение измеряемых очагов на 30% или более*

775. СЕМЕЙНЫЙ ПОЛИПОЗ ТОЛСТОЙ КИШКИ ВЫЗЫВАЕТ МУТАЦИЯ ГЕНА

BRCA1
CDH1
APC*
MSH2

776. ВЫСОКАЯ ТЕМПЕРАТУРА, ВОЛНООБРАЗНОЕ ТЕЧЕНИЕ, ПРИЗНАКИ, НАПОМИНАЮЩИЕ ОСТРЫЙ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЙ ПРОЦЕСС ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ

Остеогенной саркомы
Саркомы Юинга*
Синовиальной саркомы
Хондросаркомы

777. К ПРЕДОПУХОЛЕВЫМ ОТНОСЯТСЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ, ПРИ КОТОРЫХ НАБЛЮДАЮТ

- Дисплазию эпителия*
- Нарушение стратификации эпителиальных клеток
- Процесс альтерации эпителиального пласта
- Метаплазия и пролиферация эпителия

778. К ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДАМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ МАССОВЫХ ПРОФОСМОТРАХ ОТНОСИТСЯ

- Маммография
- Фиброэзофагогастродуоденоскопия
- Флюорография*
- Рентгенография лёгких в двух проекциях

779. РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЛЁГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

- Иммунотерапия
- Лучевая терапия
- Оперативное вмешательство*
- Химиотерапия

780. СРЕДИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ У ДЕТЕЙ ЛИМФОМА ХОДЖКИНА ЗАНИМАЕТ ПО ЧАСТОТЕ ВСТРЕЧАЕМОСТИ _____ МЕСТО

- второе
- пятое*
- седьмое
- третье

781. В СЛУЧАЕ ЛОКАЛИЗОВАННЫХ ФОРМ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНОГО ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА, ОГРАНИЧЕННЫХ ОДНОЙ ДОЛЕЙ ЛЁГКОГО, С ТОЧКИ ЗРЕНИЯ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ И КОНТРОЛЯ ЛОКОРЕГИОНАЛЬНОГО РЕЦИДИВА, ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- Расширенной пневмонэктомии
- Сегментэктомии с удалением корневых и медиастинальных лимфоузлов
- Расширенной лобэктомии*
- Лобэктомии с удалением бронхопульмональных лимфоузлов

782. ПРИ ОТЕЧНО-ИНФИЛЬТРАТИВНОЙ ФОРМЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВОДИТЬ

- Только хирургическое лечение
- Комбинированное лечение
- Только лучевую терапию
- Комплексное лечение*

783. ВЫДЕЛЕНИЕ КРОВИ ИЗ СОСКА ХАРАКТЕРНО ДЛЯ

- Узловой мастопатии
- Кисты
- Болезни Педжета
- Внутрипротоковой папилломы*

784. К ДИФFUЗНОЙ ФОРМЕ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОТНОСИТСЯ

- Рак добавочной молочной железы
- Рак (in situ)

Болезнь Педжета
Маститоподобный рак*

785. ДЛИТЕЛЬНОСТЬ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ ОДНОГО ПОЛЯ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ СОСТАВЛЯЕТ (В МИНУТАХ)

10-12

1-4

4-7

7-10*

786. МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ОПРЕДЕЛИТЬ НАЛИЧИЕ ФУНКЦИОНИРУЮЩЕЙ ТКАНИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ ПРЕДШЕСТВУЮЩЕГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА, ЯВЛЯЕТСЯ

Позитронно-эмиссионная томография

Радиоизотопное сканирование с I-131, I-123 или Tc-99m-пертехнетатом*

Тонкоигольная аспирационная биопсия под контролем УЗИ

Компьютерная томография с контрастным усилением

787. ПРИЧИНОЙ РАЗВИТИЯ САРКОМЫ КАПОШИ ЯВЛЯЕТСЯ ____ ТИП ВИРУСА ПРОСТОГО ГЕРПЕСА

1

8*

4

2

788. ОПЕРАЦИЕЙ ПОЛНОГО ОБЪЁМА ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ СЧИТАЕТСЯ

Расширенная экстирпация матки с придатками по типу операции Вертгейма

Эксплоративная лапаротомия

Аднексэктомия

Экстирпация или надвлагалищная ампутация матки с придатками + оментэктомия*

789. ОПТИМАЛЬНЫМ ОБЪЁМОМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА У ПАЦИЕНТА С НЕВЕРИФИЦИРОВАННЫМ ПЕРИФЕРИЧЕСКИМ НОВООБРАЗОВАНИЕМ НИЖНЕЙ ДОЛИ СПРАВА ЯВЛЯЕТСЯ

Пульмонэктомия

Краевая резекция

Биопсия*

Нижняя лобэктомия

790. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСТРАЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ РАЗВИВАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ

Лобэктомии

Сегментэктомии

Типичной пневмонэктомии

Комбинированной пневмонэктомии*

791. ПО МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ СТРОЕНИЮ ПРЕОБЛАДАЮЩЕЙ ФОРМОЙ РАКА ТОЛСТОГО КИШЕЧНИКА ЯВЛЯЕТСЯ

Диморфный рак

Плоскоклеточный рак

Аденокарцинома*

Недифференцированный рак

792. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ
Присоединение воспаления с развитием абсцессов, флегмон
Кишечная непроходимость*
Перфорация опухоли
Массивное кишечное кровотечение

793. НАИБОЛЬШИЙ ПО ДЛИТЕЛЬНОСТИ ЭФФЕКТ ГЕПАРИНА НАБЛЮДАЕТСЯ
ПРИ _____ ВВЕДЕНИИ
Внутримышечном
Внутривенном
Ректальном
Подкожном*

794. ФЕНОМЕН ОБСТРУКЦИИ ПРИ РАКЕ ЛЁГКОГО ПРОЯВЛЯЕТСЯ
Болями в грудной клетке
Кровохарканьем
Ателектазом доли лёгкого*
Кашлем с мокротой

795. ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ 1-2 РЕГИОНАР-
НЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ СТАДИРУЕТСЯ ПО КЛАССИФИКАЦИИ TNM (UICC,
7-Е ИЗДАНИЕ, 2009 Г.) КАК _ СТАДИЯ
N1
N0
N2
N3*

796. КОМБИНАЦИЕЙ ХИМИОПРЕПАРАТОВ, КОТОРЫЕ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ИС-
ПОЛЬЗУЮТСЯ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ
СМФ (циклофосфамид, метотрексат, фторурацил)
ИММ, дактиномицин, винкристин
ГЕМОХ (гемцитабин, оксалиплатин)*
Блеомицин, винбластин

797. УЗИ ИМЕЕТ ПРЕИМУЩЕСТВО ПЕРЕД МАММОГРАФИЕЙ ПРИ ДИАГНО-
СТИКЕ
Кист*
Внутрипротоковых папиллом
Минимального рака
Неинвазивного рака

798. ДЛЯ РАКА ЯИЧНИКА IA СТАДИИ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ
Одного яичника и асцит
Одного яичника с прорастанием капсулы
Одного яичника без прорастания капсулы*
Двух яичников без прорастания капсулы

799. ОСТЕОНЕКРОЗ ЧЕЛЮСТЕЙ МОЖЕТ СТАТЬ ОСЛОЖНЕНИЕМ ПРИ ПРИМЕ-
НЕНИИ
Золедроновой кислоты*
Гиалуроновой кислоты

Метотрексата
Трастузумаба

800. РАК НОСОГЛОТКИ АССОЦИИРОВАН С ВИРУСОМ

Простого герпеса
Иммунодефицита человека
Папилломы человека
Эпштейна – Барр*

801. К ПРЕПАРАТАМ, КОТОРЫЕ ИСПОЛЬЗУЮТСЯ ДЛЯ КОРРЕКЦИИ ОСТРОЙ И
ОТСРОЧЕННОЙ ТОШНОТЫ ИЛИ РВОТЫ, ОТНОСЯТ

Блокаторы NK1-рецепторов*
Бензодиазепины
Блокаторы 5HT3- рецепторов
Антигистаминные препараты

802. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ
ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

Ангиосаркома
Рабдомиосаркома*
Рак
Лимфома

803. ПРОЛАПС СУПРАПАПИЛЛЯРНОЙ ЧАСТИ РАСШИРЕННОГО ХОЛЕДОХА В
ПРОСВЕТ ДВЕНАДЦАТИПЕРСТНОЙ КИШКИ С НЕИЗМЕННЫМ ФАТЕРОВЫМ СОС-
КОМ ПРИ ДУОДЕНОСКОПИИ У БОЛЬНОГО МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ГОВОРИТ
О

Холедохолитиазе*
Дилатации холедоха
Раке холедоха
Вклинённом конкременте

804. ПРИ ЛЕЧЕНИИ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ИММУНОТЕРАПИЯ НИВОЛУМАБОМ
ПРИМЕНЯЕТСЯ В АДЬЮВАНТНОМ РЕЖИМЕ ПРИ _____ СТАДИИ

ПС
IA-IIA
IIIB*
IIIA

805. В СЛУЧАЕ ЛОКАЛИЗОВАННОГО ЖЕЛЕЗИСТОГО РАКА ВЕРХНЕЙ ДОЛИ
ЛЕВОГО ЛЁГКОГО С МЕТАСТАТИЧЕСКИМ ПОРАЖЕНИЕМ ВНУТРИЛЁГОЧНЫХ
ЛИМФОУЗЛОВ ЗА ПРЕДЕЛАМИ ПОРАЖЁННОЙ ДОЛИ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО
АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ II СТЕПЕНИ И ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ
НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ I СТЕПЕНИ, С ТОЧКИ
ЗРЕНИЯ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ПЕРЕНОСИМОСТИ И ОНКОЛОГИЧЕСКОГО РАДИКА-
ЛИЗМА ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЕНИЕ

Пулumonэктомии*
Лобэктомии
Бисегментэктомии
Билобэктомии

806. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ СМЕШАННОЙ ДИСГЕРМИНОМЫ IA СТАДИИ ЯВЛЯ-

ЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ

- Сберегательная + химиотерапия*
- Радикальная + химиотерапия
- Радикальная
- Радикальная + лучевая терапия

807. ОПУХОЛЕВЫМ МАРКЁРОМ ДЛЯ ТРОФОБЛАСТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ ЯВЛЯЕТСЯ

- Альфа-фетопротеин
- Лютеинизирующий гормон
- Бета-хорионический гонадотропин*
- Рилизинг-гормон лютеинизирующего гормона

808. ПАЦИЕНТУ С ГЛИОМОЙ GRADE III-IV ПРИ ОТСУТСТВИИ ФАКТОРОВ РИСКА (ВОЗРАСТ БОЛЕЕ 70 ЛЕТ, ИК МЕНЕЕ 50%, БОЛЬШОЙ ОБЪЕМ ОПУХОЛИ) ПОКАЗАНО НА ПЕРВОМ ЭТАПЕ ПРОВЕДЕНИЕ

- Лучевой терапии
- Таргетной терапии
- Химиотерапии
- Хирургического лечения*

809. ЛЕЧЕНИЕМ АТИПИЧЕСКОЙ ГИПЕРПЛАЗИИ ЭНДОМЕТРИЯ В ПОСТМЕНОПАУЗЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- Операция*
- Гормонотерапия
- Операция и гормонотерапия
- Гормонотерапия и операция

810. ДЛЯ ОСТЕОСАРКОМЫ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ РАДИОИЗОТОПНОГО ИССЛЕДОВАНИЯ ХАРАКТЕРНО ВЫЯВЛЕНИЕ

- Единичного остеолитического очага
- Единичного остеобластического очага*
- Множественных бластических очагов
- Множественных литических и бластических очагов

811. В СЛУЧАЕ ВРАСТАНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА ВЕРХНЕГО СЕГМЕНТА ПРАВОГО ЛЁГКОГО В МЕДИАЛЬНЫЙ СЕГМЕНТ ИПСИЛАТЕРАЛЬНОГО ЛЁГКОГО, ПРИ УСЛОВИИ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ ЛИШЬ ВНУТРИЛЁГОЧНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ УКАЗАННЫХ СЕГМЕНТОВ У ПАЦИЕНТА, СТРАДАЮЩЕГО ОБЛИТЕРИРУЮЩИМ АТЕРОСКЛЕРОЗОМ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ХРОНИЧЕСКОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТЬЮ СОСУДОВ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ II СТЕПЕНИ, ЦЕЛЕСООБРАЗНО ВЫПОЛНЕНИЕ

- Верхней билобэктомии
- Нижней билобэктомии*
- Атипичных резекций лёгкого
- Бисегментэктомии

812. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНОЙ МЕТОДИКОЙ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ IV СТАДИИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

- Чередование схем MORP и AVUD
- Гибридная схема MORP-AVU
- Полихимиотерапия по схеме MORP

BEACOPP-эскалированный 2 курса+ABVD 2 курса ± консолидирующая ЛТ (ISRT)*

813. К ПОСТОЯННЫМ ПРИЗНАКАМ, КОТОРЫЕ НАБЛЮДАЮТСЯ У БОЛЬНЫХ САРКОМАМИ МЯГКИМИ ТКАНЕЙ, ОТНОСЯТ

Ограничение подвижности опухоли*

Медленный рост

Боли

Нарушение функции конечности

814. ДЛЯ РАННЕЙ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЛЁГКОГО НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Низкодозная компьютерная томография*

Ядерно-магнитно-резонансная томография

Анализ мокроты

Флюорография

815. ПОЗДНИЕ ЛУЧЕВЫЕ ПОВРЕЖДЕНИЯ ВОЗНИКАЮТ ПОСЛЕ ОБЛУЧЕНИЯ ЧЕРЕЗ

7 дней

3 месяца*

6 месяцев

12 дней

816. ПОКАЗАНИЕМ К БИОПСИИ СИГНАЛЬНОГО ЛИМФАТИЧЕСКОГО УЗЛА ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ КАТЕГОРИЯ

N1

N2

N0*

Nx

817. ХАРАКТЕРНЫМ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ СИМПТОМОМ ДЛЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ, ОСЛОЖНЁННОГО ТОЛСТОКИШЕЧНОЙ НЕПРОХОДИМОСТЬЮ, ЯВЛЯЕТСЯ

Инфильтрация

Наличие «чаш Клойбера» в ободочной кишке*

Дефект наполнения

Наличие свободного газа в брюшной полости

818. КАРЦИНОИДНЫЙ СИНДРОМ ОБУСЛОВЛЕН ВЫБРОСОМ В КРОВОТОК

Глюкагона

Инсулина

Серотонина*

Гастрин

819. ЗЛОКАЧЕСТВЕННУЮ ТРАНСФОРМАЦИЮ КЛЕТКИ МОГУТ ВЫЗВАТЬ

Воздействия внешних факторов*

Изменения в среде, омывающей клетку

Стрессовые ситуации

Хронические заболевания

820. ПО СИСТЕМЕ TNM ПРОРАСТАНИЕ ОПУХОЛИ В АДВЕНТИЦИАЛЬНЫЙ СЛОЙ ПИЩЕВОДА ОЦЕНИВАЕТСЯ КАК

T2
T4
T1
T3*

821. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО 55 ЛЕТ МЕДУЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ T3N1M0, ТО НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРОВЕСТИ

Тиреоидэктомию с фасциально-фулярным иссечением клетчатки шеи*

Комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией с последующей тиреоидэктомией

Комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией с последующим лечением радиоактивным йодом

Самостоятельный курс лучевой терапии по радикальной программе

822. МЕСТНОДЕСТРУИРУЮЩЕЙ ОПУХОЛЬЮ ЯВЛЯЕТСЯ

Базалиома*

Эритроплакия Кейра

Меланоз Дюбрея

Болезнь Педжета

823. ОПТИМАЛЬНОЙ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ У БОЛЬНОГО С ОПУХОЛЬЮ ПОЧКИ, НЕ ВЫХОДЯЩЕЙ ЗА ЕЁ ПРЕДЕЛЫ И НЕ ПРОРАСТАЮЩЕЙ КАПСУЛУ, ПРИ ОТСУТСТВИИ РЕГИОНАРНЫХ МЕТАСТАЗОВ ЯВЛЯЕТСЯ

Проведение предоперационной лучевой терапии пролонгированным курсом

Проведение предоперационной лучевой терапии концентрированной интенсивной

Проведение послеоперационной лучевой терапии

Только хирургическое лечение*

824. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

Химиотерапия

Иммунотерапия

Лучевая терапия

Хирургический*

825. МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ, ИСПОЛЬЗУЮЩИМСЯ ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ РАКА ОБОДОЧНОЙ КИШКИ И ПРЕДРАКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ПРИ МАССОВЫХ ПРОФОСМОТРАХ, ЯВЛЯЕТСЯ

Ирригография

Анализ крови на РЭА

Гемокульттест*

Колоноскопия

826. ВТОРИЧНЫМ ФАКТОРОМ ДЛЯ РАЗВИТИЯ КРИОНЕКРОЗА ЯВЛЯЕТСЯ

Ишемический некроз*

Прямая цитодеструкция

Осмотический шок

Кристаллизация

827. РАК ЖЕЛУДКА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО РАЗВИВАЕТСЯ В ВОЗРАСТЕ ОТ ____ ДО ____ ЛЕТ

51; 70*

70; 80
21; 50
10; 20

828. ПРИ ХИРУРГИЧЕСКОМ ЛЕЧЕНИИ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ ОТ КРАЕВ СЛЕДУЕТ ОТСТУПАТЬ НА (В СМ)

1,5*
0,5
5,0
3,5

829. ЕСЛИ У БОЛЬНОГО НАБЛЮДАЮТ СУТОЧНУЮ ПРОТЕИНУРИЮ БОЛЕЕ 3,5 Г, БЕЛОК БЕНС-ДЖОНСА, ГИПЕРПРОТЕИНЕМИЮ, ТО ВЕРОЯТНЫМ ДИАГНОЗОМ ЯВЛЯЕТСЯ

Макроглобулинемия Вальденстрема
Амилоидоз почек
Нефротический синдром
Миеломная болезнь*

830. УМЕРЕННЫЙ ЭМЕТОГЕННЫЙ ПОТЕНЦИАЛ ПРОТИВООПУХОЛЕВЫХ ПРЕПАРАТОВ ПРОЯВЛЯЕТСЯ РВОТОЙ _____ % БОЛЬНЫХ

У 20-30
У 30-90 *
Менее чем у 10
У 10-20

831. ОПУХОЛИ ТРОФОБЛАСТА НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНЫ К

Циклофосфамиду
Метотрексату *
Даунорубицину
Винбластину

832. ОТДАЛЁННЫЕ МЕТАСТАЗЫ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ В ПЕРВУЮ ОЧЕРЕДЬ ПОРАЖАЮТ

Головной мозг
Лёгкие *
Печень
Кости

833. ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ЭПИТЕЛИАЛЬНОЙ ОПУХОЛЬЮ СЛЮННЫХ ЖЕЛЕЗ ЯВЛЯЕТСЯ

Аденокарцинома *
Плеоморфная аденома
Лимфаденома
Онкоцитоз

834. НА ЭТАПЕ ПОСТАНОВКИ ДИАГНОЗА ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА У РЕБЕНКА ЛИТЕРА Е ДОБАВЛЯЕТСЯ К СТАДИИ ПРИ 1

Поражении одного экстранодального органа или ткани на протяжении от прилежащего органа лимфатической системы *

Сдавлении пищевода, трахеи, верхней полой вены с отеком лица, шеи, плечевого пояса, верхних конечностей

Энцефалопатии, обусловленной диффузным поражением печени с развитием синдрома желтухи, печеночной недостаточности

Распространенных эрозиях желудка и двенадцатиперстной кишки по данным ЭГДС после начала терапии преднизолоном

835. ПОД ДИСТРИБУТИВНОЙ СПРАВЕДЛИВОСТЬЮ ПОНИМАЮТ

Индивидуальный подход к лечению каждого пациента

Принцип «не навреди»

Принцип социальной справедливости и равной доступности медицинской помощи *

Принцип профессионализма

836. ТИПИЧНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ РАКЕ ЯИЧНИКОВ IС СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Экстирпация матки с придатками

Овариэктомия

Расширенная экстирпация матки с придатками с тазовой лимфаденэктомией

Экстирпация матки с придатками + резекция большого сальника*

837. ПРИ ИНФИЛЬТРАТИВНОМ РАКЕ НИЖНЕЙ ТРЕТИ ТЕЛА ЖЕЛУДКА АДЕКВАТНЫМ ОБЪЕМОМ ОПЕРАТИВНОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА НА ОРГАНЕ ЯВЛЯЕТСЯ

Субтотальная дистальная резекция желудка

Субтотальная проксимальная резекция желудка

Парциальная дистальная резекция желудка

Гастрэктомия *

838. ВЕРОЯТНОСТЬ МАММОГРАФИЧЕСКОЙ ГИПЕРДИАГНОСТИКИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАИБОЛЕЕ ВЫСОКА

При липогранулемах молочной железы *

При расположении опухоли на периферии молочной железы

При больших размерах молочных желез

У женщин в глубокой менопаузе

839. КРИТЕРИЙ N В КЛАССИФИКАЦИИ TNM ОБОЗНАЧАЕТ

Степень дифференцировки опухоли

Размер опухоли

Метастазы в регионарные лимфатические узлы*

Отдалённые гематогенные метастазы

840. ОДНИМ ИЗ ОСНОВНЫХ МЕТОДОВ ДИАГНОСТИКИ РАКА ГОРТАНИ ЯВЛЯЕТСЯ

Ультразвуковое исследование

Рентгенография

Ларингоскопия*

Наружный осмотр

841. ОПУХОЛИ ТРАХЕИ ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ИСХОДЯТ ИЗ

Места соединения хрящевой и мембранозной части

Места деления трахеи на главные бронхи

Передней полуокружности

Мембранозной части и боковых стенок *

842. ПРИ РАКЕ ЖЕЛУДКА 1-3 СТАДИИ ЧАЩЕ ПРИМЕНЯЮТ

Гормонотерапию
Лучевую терапию
Хирургический метод *
Химиотерапию

843. САМЫМ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ ПРИ ПОСТАНОВКЕ ДИАГНОЗА «РАК КОЖИ» ЯВЛЯЕТСЯ

Выявление клинико-анамнестических симптомов
Ультразвуковое исследование
Цитологическое исследование мазков
Гистологическое исследование биоптатов *

844. ПЕРВЫМ ПРОЯВЛЕНИЕМ РАКА ПОЧКИ ОБЫЧНО ЯВЛЯЕТСЯ

Гематурия *
Анемия
Боль в пояснице
Прощупываемая увеличенная почка

845. НАИБОЛЕЕ ВАЖНЫМ МЕТОДОМ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРИ ДИАГНОСТИКЕ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

Радионуклидное исследование
Общий клинический анализ мочи
Цистоскопия *
Бимануальное ректальное исследование при опорожненном мочевом пузыре

846. ДЛЯ ДИАГНОСТИКИ ХОРИОКАРЦИНОМЫ МАТКИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО ПРИМЕНЯТЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

ХГЧ, ТБГ (хорионический гонадотропин, трофобластический гамма-глобулин) *
АФП, РЭА (альфа-фетопротеин, раково-эмбриональный антиген)
SCC (антиген плоскоклеточной карциномы), СА 125
СА 19-9, NSE

847. ПРИ РАДИОИЗОТОПНОМ СКАНИРОВАНИИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАКОВЫЙ УЗЕЛ ПРЕДСТАВЛЕН

Участком с нормальным накоплением изотопа
Не визуализированным образованием
«горячим» очагом накопления изотопа
Дефектом накопления изотопа *

848. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ НАЧАЛЬНЫХ ФОРМ РАКА ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

Дисфагия II-III степени
Осиплость голоса
Чувство царапанья за грудиной или прилипания при проглатывании пищи *
Мучительный кашель, сопровождающийся кровохарканьем

849. НАИБОЛЕЕ РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОЙ САРКОМОЙ МЯГКИХ ТКАНЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

Лейомиосаркома
Липосарком
Рабдомиосаркома*
Синовиома

850. БОЛЬНЫМ ПОКАЗАНО ВЫПОЛНЕНИЕ РЕЗЕКЦИИ ПЕЧЕНИ ПО ПОВОДУ ОДИНОЧНЫХ МЕТАСТАЗОВ ПРИ УСЛОВИИ РАДИКАЛЬНОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Рака толстой кишки*
Рака желудка
Рака поджелудочной железы
Меланомы кожи

851. МЕЛАНОМА РАЗВИВАЕТСЯ ИЗ

Лимфобластов
Ретикулобластов
Меланобластов*
Гистеобластов

852. ОСНОВНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ЯЗЫКА ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ

Половинной резекции языка*
Колдуэлл-Люка
Крайля
Венсана

853. ПОЯВЛЕНИЕ МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХИ ОПУХОЛЕВОГО ГЕНЕЗА ЧАЩЕ ВСЕГО СОПРОВОЖДАЕТСЯ

Асцитом
Тошнотой, рвотой
Появлением резких болей в эпигастрии
Увеличением желчного пузыря *

854. КЛИНИЧЕСКИМ ПРОЯВЛЕНИЕМ ДОБРОКАЧЕСТВЕННОЙ МЕЗОТЕЛИОМЫ ПЛЕВРЫ ЯВЛЯЕТСЯ

Гипертрофическая остеоартропатия
Одышка
Гидроторакс
Боль в грудной клетке *

855. ОПТИМАЛЬНЫМ ХИРУРГИЧЕСКИМ ВМЕШАТЕЛЬСТВОМ ПО ПОВОДУ ЛЕЙОМИОМЫ ПИЩЕВОДА ЯВЛЯЕТСЯ

Субтотальная резекция пищевода
Сегментарная резекция пищевода
Энуклеация опухоли с сохранением слизистой оболочки *
Эндоскопическое удаление

856. МОРФИН ПОНИЖАЕТ

Тонус сфинктера мочевого пузыря*
Чувствительность мочевого пузыря
Тонус детрузора
Тонус и амплитуду сокращений мочеточника

857. НАИБОЛЕЕ ПОЗДНО КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ РАК

Тела желудка *
Субкардиального отдела

Кардиального отдела
Антрального отдела

858. ПРИ ФИБРОАДЕНОМЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНА

Простая мастэктомия
Секторальная резекция*
Лучевая терапия
Ампутация молочной железы

859. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ОСТЕОСАРКОМА МЕТАСТАЗИРУЕТ В

Надпочечники
Печень
Легкие*
Яичники

860. МЕТОДОМ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ МЕЛАНОМЫ КОЖИ С ПОРАЖЕНИЕМ ПАХОВЫХ И ПОДВЗДОШНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ ЯВЛЯЕТСЯ ОПЕРАЦИЯ

Дюкена *
Ванаха
Крайля
Гартмана

861. РАК ШЕЙКИ МАТКИ ПРЕЖДЕ ВСЕГО СВЯЗАН С ИНФИЦИРОВАНИЕМ ВИРУСОМ

Папилломы человека*
Простого герпеса 2 типа
Эпштейна – Барр
Ветряной оспы

862. ДЛЯ ВЫЯВЛЕНИЯ ИЛИ ИСКЛЮЧЕНИЯ РАКА ПРИ УЗЛОВОМ ОБРАЗОВАНИИ В ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЕ НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ

УЗИ без пункции образования
УЗИ с пункцией образования*
Пальпацию
Сканирование

863. С ПОМОЩЬЮ ХИМИОТЕРАПИИ ВОЗМОЖНО ПОЛНОЕ ИЗЛЕЧЕНИЕ

Рака яичников
Острого лимфобластного лейкоза у детей *
Остеогенной саркомы
Мелкоклеточного рака лёгкого

864. ТРЕТЬЯ СТЕПЕНЬ ДИСФАГИИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ

Полной обтурацией просвета пищевода
Затруднением прохождения по пищеводутвердой пищи
Затруднением прохождения полужидкой пищи (кашицеобразной)
Затруднением прохождения жидкости *

865. ТАРГЕТНАЯ ТЕРАПИЯ ТРАСТУЗУМАБОМ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРОВОДИТСЯ ПРИ

Наличии ALK-мутации
Наличии мутаций в генах BRCA1 и BRCA2

Гиперэкспрессии гена HER-2 *
Люминальном А типе рака молочной железы

866. ЧИСЛО СЕАНСОВ ЛАЗЕРНОГО ОБЛУЧЕНИЯ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ СОСТАВЛЯЕТ

4-6
6-8 *
10-12
8-10

867. ГЕМАТОГЕННЫМ МЕТАСТАЗОМ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

Метастаз Вирхова
Метастазы в печень*
Канцероматоз брюшины
Метастаз в пупок

868. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ, БЕСПОКОЯЩИМ БОЛЬНОГО РАКОМ РОТОГЛОТКИ, ЛОКАЛИЗУЮЩИМСЯ В ОБЛАСТИ КОРНЯ ЯЗЫКА И НЁБНЫХ МИНДАЛИН, НА РАННЕЙ СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Боль при глотании со стороны поражения
Трудности при открывании рта (тризм)
Неудобство при глотании со стороны поражения*
Неприятный запах изо рта

869. СИМВОЛ N1 ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБОЗНАЧАЕТ

Наличие отдаленных метастазов
Наличие внутрикожных метастазов
Диссеминацию процесса
Наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах *

870. ПРИ ПРОСТОЙ ЛЕЙКОПЛАКИИ ШЕЙКИ МАТКИ В РЕПРОДУКТИВНОМ ВОЗРАСТЕ ВЫПОЛНЯЕТСЯ

Экстирпация матки с придатками
Электроконизация
Криодеструкция *
Экстирпация матки без придатков

871. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ СИМПТОМОМ ОПУХОЛИ МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ЯВЛЯЕТСЯ

Слабая струя мочи
Гематурия *
Боль
Дизурия

872. СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ЛУЧЕВОГО ПОРАЖЕНИЯ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ

Степенью угнетения кроветворения*
Количеством радионуклидов в организме
Количеством «горячих» частиц в лёгких
Содержанием радионуклидов на месте облучения

873. РЕШАЮЩИМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНЫХ ДОБРОКАЧЕСТВЕННЫХ ОПУХОЛЕЙ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

Рентгенография
Бронхография
Фибробронхоскопия с биопсией *
Томография

874. ПРИ НАЛИЧИИ ОТДАЛЁННЫХ ГЕМАТОГЕННЫХ МЕТАСТАЗОВ ПРОВОДЯТ

Тиреоидэктомию*
Гемитиреоидэктомию
Гемитиреоидэктомию с перешейком
Субтотальную тиреоидэктомию

875. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО САРКОМЫ КОСТЕЙ ЛОКАЛИЗУЮТСЯ В

Локтевой кости
Рёбрах
Бедренной кости*
Плечевой кости

876. ПРИ МОРФОЛОГИЧЕСКОМ ИССЛЕДОВАНИИ ЭНДОСКОПИЧЕСКИ УДА-
ЛЕННОГО ПОЛИПА НАИБОЛЕЕ ТЩАТЕЛЬНОМУ МОРФОЛОГИЧЕСКОМУ ИЗУЧЕНИЮ
ПОДЛЕЖИТ

Основание полипа *
Верхушка полипа
Подслизистая основа желудка
Мышечная оболочка желудка

877. ГРИБОВИДНЫЙ МИКОЗ ЯВЛЯЕТСЯ

Поражением кожи при множественной миеломе
В-клеточной лимфомой
Т-клеточной лимфомой *
Поражением кожи при хронических лейкозах

878. К РАННЕМУ СИМПТОМУ РАКА ПИЩЕВОДА СЛЕДУЕТ ОТНЕСТИ

Похудание
Усиленное слюноотделение
Дисфагию *
Боли за грудиной и в спине

879. СИМВОЛОМ N1 ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ ОБОЗНАЧАЮТ МЕТАСТАЗЫ ____
СМ В НАИБОЛЬШЕМ ИЗМЕРЕНИИ В ЛЮБОМ ИЗ РЕГИОНАРНЫХ ЛИМФАТИЧЕСКИХ
УЗЛОВ

до 3 *
более 3
более 4
до 2

880. БЛАГОПРИЯТНЫМ ФАКТОРОМ ПРОГНОЗА ПРИ ГЛИОМАХ ВЫСОКОЙ
СТЕПЕНИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННОСТИ ЯВЛЯЕТСЯ НАЛИЧИЕ

Мутации гена IDH-1 и метилирования промотора MGMT *
Повышения уровня альфа-фетопротеина
Коделеции 1p/10q
Экспрессии белка p53

881. С ЦЕЛЬЮ УСТАНОВЛЕНИЯ ПРИЗНАКОВ ВЫХОДА ЗЛОКАЧЕСТВЕННОЙ ОПУХОЛИ ЗА ПРЕДЕЛЫ СТЕНКИ ПИЩЕВОДА МОЖЕТ ПРИМЕНЯТЬСЯ

- Рентгеноскопия пищевода
- МРТ грудной полости
- Обзорная рентгенография органов грудной клетки
- Рентгеновская компьютерная томография *

882. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- Радиоизотопное сканирование
- Эхография(УЗИ)
- Пальпация
- Пункционная биопсия*

883. НАРУЖНОЕ ОБЛУЧЕНИЕ ГИПОФИЗА НАИБОЛЬШИЙ ЭФФЕКТ ДАЁТ ПРИ МЕТАСТАЗАХ В

- Лёгких
- Печени
- Костях скелета *
- Лимфоузлах

884. ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА РАКА АНАЛЬНОГО КАНАЛА И ТРЕЩИНЫ ЗАДНЕГО ПРОХОДА ПРОВОДИТСЯ НА ОСНОВАНИИ

- Ирригоскопии
- Пальцевого исследования
- Ректороманоскопии
- Цитологического исследования *

885. ПОКАЗАТЕЛЬ ОДНОГОДИЧНОЙ ЛЕТАЛЬНОСТИ ОТРАЖАЕТ ДОЛЮ БОЛЬНЫХ

- С IV стадией заболевания
- Умерших в течение года с момента установления диагноза злокачественного новообразования *
- Умерших в онкологическом диспансере в текущем году.
- С запущенными формами злокачественных новообразований

886. НАИБОЛЕЕ ЧАСТОЙ ГИСТОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА ТОЛСТОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

- Плоскоклеточный рак
- Солидный рак
- Аденокарцинома*
- Недифференцированный рак

887. ДЛЯ РАКА ЯИЧНИКА В СТАДИИ ХАРАКТЕРНО ПОРАЖЕНИЕ

- Одного яичника и прорастанием капсулы
- Одного яичника
- Одного яичника и асцит
- Двух яичников без прорастания капсулы *

888. РАДИКАЛЬНАЯ РЕЗЕКЦИЯ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОКАЗАНА ПРИ

- Дольковом раке

Локализации опухоли в наружных квадрантах*
Центральной локализации опухоли
Медиальной локализации опухоли

889. РЕТРОГРАДНАЯ ПАНКРЕАТОХОЛАНГИОГРАФИЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНА ПРИ ЛОКАЛИЗАЦИИ ОПУХОЛИ В

Желчном пузыре
Теле железы
Головке поджелудочной железы *
Хвосте железы

890. МИАСТЕНИЯ РАЗВИВАЕТСЯ У БОЛЬНЫХ

Ганглионевромой средостения
Фибромой средостения
Тимомой *
Внегонадной семиномой средостения

891. ДИАГНОЗ «РАК ШЕЙКИ МАТКИ» УСТАНОВЛИВАЕТСЯ ТОЛЬКО НА ОСНОВАНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ

Ультразвукового исследования органов малого таза
Цитологического исследования
Гистологического исследования *
Анализа крови на онкомаркер SCC (при плоскоклеточном раке)

892. ПРИ РАКЕ ФАЛЛОПИЕВОЙ ТРУБЫ ПРОВОДЯТ

Надвлагалищную ампутацию матки с придатками
Модифицированную расширенную экстирпацию матки с придатками
Операцию Вертгейма
Экстирпацию матки с придатками, резекцию большого сальника *

893. С ЦЕЛЬЮ ИСКЛЮЧЕНИЯ МЕТАСТАТИЧЕСКОГО ПОРАЖЕНИЯ СУБ-АОРТАЛЬНЫХ И ПАРААОРТАЛЬНЫХ ЛИМФОУЗЛОВ СРЕДОСТЕНИЯ, У ПАЦИЕНТА С ВЕРИФИЦИРОВАННЫМ МЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЁГКОГО, ОПТИМАЛЬНЫМ ИНВАЗИВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ЯВЛЯЕТСЯ

Трансторакальная трепан-биопсия
Видеоассистированная торакоскопия *
Чреспищеводная тонкоигольная биопсия под контролем эндосонографии
Миниторакотомия

894. ПОД РАДИОЧУВСТВИТЕЛЬНОСТЬЮ ОПУХОЛИ ПОНИМАЮТ

Устойчивость опухоли к лучевому воздействию
Замещение погибшей опухоли соединительной тканью
Лучевое повреждение нормальных тканей
Регрессию опухоли вследствие лучевого воздействия *

895. РЕШАЮЩУЮ РОЛЬ В РАЗВИТИИ РАКА ЖЕЛУДКА, РЕЗЕЦИРОВАННОГО ПО ПОВОДУ ЯЗВЕННОЙ БОЛЕЗНИ, ПРИНАДЛЕЖИТ

Потере основного физиологического источника гастрина
Удалению антрального отдела желудка
Подавлению кислотопродукции желудка
Энтерогастральному рефлюксу*

896. К I КЛАССУ РЕКОМЕНДАЦИЙ МЕТОДА ЛЕЧЕНИЯ ОТНОСЯТ

Доказательства и (или) мнения экспертов за пользу/эффективность лечения

Достоверные доказательства и/или единство мнений экспертов в том, вид лечения не является полезным и эффективным, а в ряде случаев может быть вредным

Противоречивые доказательства и (или) расхождения во мнении экспертов о пользе/эффективности лечения

Достоверные доказательства и (или) единство мнений экспертов в том, что данный вид лечения целесообразен, полезен и эффективен*

897. НАИБОЛЕЕ ЧАСТЫМ ОСЛОЖНЕНИЕМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ У БОЛЬНЫХ РАКОМ ЛЕГКОГО ЯВЛЯЕТСЯ

Гастроэзофагит

Пневмонит *

Эпидермит

Трахеобронхит

898. ЛИМФАТИЧЕСКИМИ УЗЛАМИ, НАИМЕНЕЕ ЧАСТО ВОВЛЕКАЕМЫМИ В ОПУХОЛЕВЫЙ ПРОЦЕСС ПРИ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЯВЛЯЮТСЯ

Подчелюстные *

Околотрахеальные

Окологортанные

Шейные

899. МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМОЙ РАКА ЛЕГКОГО, ПОВЫШАЮЩЕЙ УРОВЕНЬ НЕЙРОН-СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ЕНОЛАЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ _____ РАК

Плоскоклеточный

Мелкоклеточный*

Недифференцированный

Железистый

900. К ПРИЗНАКУ КАХЕКСИИ ОТНОСИТСЯ ПОТЕРЯ МАССЫ ТЕЛА БОЛЕЕ _____ ЗА ПОСЛЕДНИЕ (В МЕСЯЦАХ)

5% ; 6 *

5% ; 12

10% ; 6

10% ; 12

901. ПЕРВЫМ И ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ ПРИ ПОДОЗРЕНИИ НА РАК ПРЯМОЙ КИШКИ ЯВЛЯЕТСЯ

Пальцевое ректальное исследование *

Ирригоскопия с двойным контрастированием

Магнитно-резонансная томография органов брюшной полости

Компьютерная томография органов брюшной полости

902. РВОТА НА ФОНЕ АДЕКВАТНОЙ АНТИЭМЕТИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ СЧИТАЕТСЯ

Условно-рефлекторной

Рефрактерной

Неконтролируемой*

Отсроченной

903. КАКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ НЕХОДЖКИНСКИХ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ

ЛИМФОМ ОПРЕДЕЛЯЮТ СТРАТЕГИЮ ЛЕЧЕНИЯ?

- Наличие или отсутствие симптомов интоксикации
- Наличие экстранодальных поражений
- Степень распространения процесса (стадия)
- Степень злокачественности по морфологическим критериям *

904. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ ДЛЯ РАКА ПАНКОСТА ЯВЛЯЕТСЯ

- Синдром Горнера*
- Кровохарканье
- Боль за грудиной
- Отёк в области шеи и лица

905. ДЛЯ ОДНОМОМЕНТНОЙ ВИЗУАЛИЗАЦИИ НАКОПЛЕНИЯ РАДИОФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРЕПАРАТА В 2 МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗАХ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПАЦИЕНТ ДОЛЖЕН

- Лежать на животе *
- Лежать на спине
- Стоять с поднятыми в стороны руками
- Лежать на стороне поражённой молочной железы

906. ДЛЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ

- Умбиликация
- «лимонная корка»
- Гиперпигментация соска и ареолы *
- Втяжение соска

907. ПРИ ПАПИЛЛЯРНОМ И ФОЛЛИКУЛЯРНОМ РАКЕ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПРИ ОПУХОЛИ ДО 4 СМ (T2) БЕЗ НАЛИЧИЯ ДАННЫХ О РЕГИОНАРНЫХ И/ИЛИ ОТДАЛЕННЫХ МЕТАСТАЗАХ РЕКОМЕНДУЕТСЯ

- Гемитиреоидэктомия*
- Гемитиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией
- Тиреоидэктомия
- Тиреоидэктомия с центральной лимфодиссекцией

908. ГЛИОБЛАСТОМЫ С МУТАЦИЕЙ ГЕНА IDH1

- Имеют менее благоприятный прогноз молодых пациентов
- Имеют менее благоприятный прогноз
- Имеют более благоприятный прогноз *
- Протекают независимо от наличия мутации в гене

909. ПРЕПАРАТОМ, ИСПОЛЬЗУЕМЫМ ДЛЯ ХИМИЧЕСКОЙ КАСТРАЦИИ, ЯВЛЯЕТСЯ

- Синэстрол
- Простап
- Золадекс *
- Провера

910. ПРИ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЕ ЛЕЧЕБНОЙ ТАКТИКОЙ ВЫБОРА ЯВЛЯЕТСЯ

- Предоперационная химио-лучевая терапия с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией

Предоперационная лучевая терапия с отсроченной ампутацией
2-4 курса неoadъювантной химиотерапии с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией *

Предоперационная лучевая терапия с ампутацией и адъювантной химиотерапией

911. ХОРДОИДНЫЕ, СВЕТЛОКЛЕТОЧНЫЕ И АТИПИЧЕСКИЕ МЕНИНГИОМЫ ПО КЛАССИФИКАЦИИ ВОЗ ОТНОСЯТ К _____ СТЕПЕНИ

I

IV

III

II *

912. ПРИ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА ПОЗДНИЙ РЕЦИДИВ ПРЕДСТАВЛЕН

Ростом опухоли в интервале от 3 до 12 месяцев после окончания лечения

Ростом опухоли в интервале более чем через 12 месяцев после окончания лечения*

Ростом опухоли в интервале более чем через 16 месяцев после окончания лечения

Возобновлением роста опухоли в исходных зонах или появление новых очагов в сроки до 3 месяцев после окончания лечения

913. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ДИАГНОСТИКИ РАКА ЖЕЛУДКА ЯВЛЯЕТСЯ

Ангиография

Радиоизотопный метод

Гастроскопия с биопсией *

Рентгеноскопия

914. ОСНОВНОЙ ЦЕЛЬЮ НАЗНАЧЕНИЯ НЕОАДЪЮВАНТНОЙ ХИМИОТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Увеличение сроков системного воздействия на опухолевый процесс

Уменьшение опухолевой массы *

Определение лекарственного патоморфоза для планирования дальнейшего лечения

Избежание оперативного вмешательства

915. ТАКТИКОЙ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНОГО 70 ЛЕТ РАКОМ НИЖНЕЙ ГУБЫ II А СТАДИИ БЕЗ СОМАТИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Контактная аппликационная g-терапия на шланговом аппарате

Внутриканевая g-терапия

Близкофокусная рентгенотерапия *

Облучение электронами 4-6 МЭВ

916. АДЪЮВАНТНАЯ ГОРМОНОТЕРАПИЯ МОЖЕТ ИСПОЛЬЗОВАТЬСЯ ПРИ

Раке шейки матки

Раке щитовидной железы

Раке молочной железы *

Плоскоклеточных опухолях головы и шеи

917. РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКИМ ПРИЗНАКОМ РАСПРОСТРАНЕНИЯ НЕВРОГЕННОЙ ОПУХОЛИ СРЕДОСТЕНИЯ В СПИННОМОЗГОВОЙ КАНАЛ ЯВЛЯЕТСЯ

Увеличение диаметра межпозвонкового отверстия *

Узурация заднего отдела ребра

Истончение ребра в области его шейки и угла

Интимное прилегание тела опухоли к телам позвонков

918. БАЗОВОЙ ПРОГРАММОЙ ЛЕЧЕНИЯ РАННИХ СТАДИЙ ЛИМФОМЫ ХОДЖКИНА С НЕБЛАГОПРИЯТНЫМ ПРОГНОЗОМ СЧИТАЮТ _____ ЦИКЛА/ЦИКЛОВ ХИМИОТЕРАПИИ ПО СХЕМЕ _____ С ПОСЛЕДУЮЩИМ ОБЛУЧЕНИЕМ _____ В СОД _____ ГР

- 4-6; ABV; зон исходного поражения; 20
- 4-6; ABVD; зон исходного поражения; 20
- 4-6; ABVD; зон исходного поражения; 30 *
- 2-4; ABV; остаточных лимфатических узлов; 36

919. РИСК РАЗВИТИЯ МАЛИГНИЗАЦИИ ПРИ ФАКУЛЬТАТИВНОМ ПРЕДРАКЕ СОСТАВЛЯЕТ БОЛЕЕ (В ПРОЦЕНТАХ)

- 40
- 10
- 30
- 15 *

920. ГЕРМИНОГЕННЫЕ ОПУХОЛИ НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СОПРОВОЖДАЮТСЯ ПОВЫШЕНИЕМ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ УРОВНЯ

- Альфа-фетопротеина, хорионического гонадотропина
- Ракового эмбрионального антигена, СА 19-9 *
- Общего и свободного простата-специфического антигена
- Антигена плоскоклеточной карциномы, СА 242

921. ПОСЛЕ ПРОВЕДЕННОГО ЛЕЧЕНИЯ ПО ПОВОДУ РАКА МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ, ПРИ ДИСПАНСЕРНОМ НАБЛЮДЕНИИ ОБЯЗАТЕЛЬНЫМ ИССЛЕДОВАНИЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- ПЭТ-КТ
- МРТ малого таза
- Цистоскопия *
- УЗИ малого таза

922. РАСЧЁТ ДОЗЫ ПРЕПАРАТА ПО ПЛОЩАДИ ПОД ФАРМАКОКИНЕТИЧЕСКОЙ КРИВОЙ НЕОБХОДИМ ПРИ ПРИМЕНЕНИИ

- Цисплатина
- Карбоплатина *
- Доксорубицина
- Циклоплатина

923. АНГИОГРАФИЯ ЯВЛЯЕТСЯ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВНЫМ МЕТОДОМ В ДИАГНОСТИКЕ

- Метастазов в лимфоузлы шеи
- Хемодектомы шеи *
- Рака носоглотки
- Рака щитовидной железы

924. НАИБОЛЕЕ РАДИКАЛЬНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА КАРДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- Лучевая терапия
- Хирургическое лечение *
- Таргетная терапия
- Химиотерапия

925. КРОМЕ ПИКА ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЛИМФОМОЙ ХОДЖКИНА У ПОДРОСТКОВ, ИМЕЕТСЯ ТАКЖЕ ПИК У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ(В ГОДАХ)

7-9

10-12 *

1-3

4-6

926. ЕСЛИ В МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ У ЖЕНЩИНЫ 35 ЛЕТ НА ФОНЕ ДИФфуЗНОЙ МАСТОПАТИИ ПАЛЬПИРУЕТСЯ ПЛОТНОВАТОЕ БЕЗБОЛЕЗНЕННОЕ ОБРАЗОВАНИЕ ДИАМЕТРОМ МЕНЬШЕ 2 СМ, ТО НЕОБХОДИМО

Назначить лечение йодистым калием и другими негормональными препаратами

Назначить гормонотерапию

Назначить контрольный осмотр через 1 месяц

Сделать маммографию и пунктировать уплотнение *

927. ДИСТАНЦИОННЫМ МЕТОДОМ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Аппликационный метод

Близкофокусная рентгенотерапия

Терапия быстрыми электронами *

Радиохирургический метод

928. ПРИ ФОТОДИНАМИЧЕСКОЙ ТЕРАПИИ ПОВРЕЖДАЮТСЯ

Пролиферирующие, в том числе опухолевые клетки *

Нормальные клетки

Элементы крови

Иммунокомпетентные клетки

929. НАИБОЛЕЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ РАКА ОКОЛОУШНОЙ СЛЮННОЙ ЖЕЛЕЗЫ НА СТАДИИ ЯВЛЯЕТСЯ

Комбинированное лечение с послеоперационной дистанционной лучевой терапией

Комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией *

Хирургическое лечение

Сочетанная лучевая терапия

930. НАИБОЛЕЕ ЧУВСТВИТЕЛЬНА К ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ

Остеосаркома

Фибросаркома

Хондросаркома

Саркома Юинга*

931. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИССЕМЕНИРОВАННОЙ ФОРМЫ САРКОМЫ КАПОШИ НАЗНАЧАЮТ

Метотрексат

Ацитретин

Винбластин*

Преднизолон

932. КАКОВ ОБЪЕКТИВНЫЙ ОТВЕТ НА ЛЕЧЕНИЕ ПО КРИТЕРИЯМ RECIST? 1

полный ответ + частичный ответ*

полный ответ + частичный ответ + стабилизация

частичный ответ + стабилизация

отсутствие прогрессирования

933. ЛИЦАМИ, КОТОРЫЕ ОКАЗЫВАЮТ ПАЛЛИАТИВНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ, ЯВЛЯЮТСЯ

- Только врачи-терапевты участковые
- Только врачи, имеющие специализацию по паллиативной медицине
- Только средние медицинские работники
- Медицинские работники, семья или близкие пациента, социальные работники, священнослужители *

934. СОГЛАСНО КЛАССИФИКАЦИИ САВИЦКОГО К АТИПИЧНОЙ ФОРМЕ РАКА, ЛЕГКОГО ОТНОСИТСЯ

- Эндобронхиальная
- Медиастинальная *
- Центральная
- Периферическая

935. МУЧИТЕЛЬНЫЙ КАШЕЛЬ ВО ВРЕМЯ ПРИЕМА ПИЩИ ПРИ РАКЕ ПИЩЕВОДА СВЯЗАН С

- Поражением голосовых связок
- Сужением пищевода
- Образованием пищеводно-бронхиального свища*
- Поражением диафрагмального нерва

936. О ВОЗМОЖНОСТИ БЕЗРЕЦИДИВНОЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ И ИЗЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕФРОБЛАСТОМой ГОВОРИТ

- Интактность лимфатических узлов
- Благоприятный результат гистологического исследования *
- Вес опухоли менее 250 г
- Возраст младше 24 месяцев

937. ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ И БОЛЬШОГО ДУОДЕНАЛЬНОГО СОСОЧКА ИЗ ЛАБОРАТОРНЫХ ТЕСТОВ НАИБОЛЕЕ ИНФОРМАТИВЕН

- Раково-эмбриональный антиген
- Биохимический анализ крови (АЛТ, АСТ, холестерин)
- Клинический анализ крови
- Карбогидратный антиген*

938. ДЛЯ БОЛЬНЫХ С МЕХАНИЧЕСКОЙ ЖЕЛТУХОЙ ВАЖНЫМ НЕ ТОЛЬКО ДИАГНОСТИЧЕСКИ, НО И ЛЕЧЕБНЫМ ЯВЛЯЕТСЯ МЕТОД

- Лапароскопии
- Внутривенной холангиографии
- Ретроградной холангиопанкреатографии
- Чрескожной чреспечёночной холангиографии *

939. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С I И II СТАДИЯМИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗА БЕЗ ФАКТОРОВ РИСКА ИСПОЛЬЗУЕТСЯ СХЕМА

- 2 цикла ВЕАСОРР + 2 цикла АВВД с последующей лучевой терапией до СОД 30 Гр
- 6-8 циклов полихимиотерапии по схеме АВВД
- 4-6 циклов полихимиотерапии по схеме АВВД + облучение зон исходного поражения
- СОД 30-36 Гр
- 2-4 цикла полихимиотерапии по схеме АВВД + облучение зон исходного поражения
- СОД 30-36 Гр *

940. ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ РАНЬШЕ ДРУГИХ ПОРАЖАЕТСЯ ЛИМФАТИЧЕСКИЙ УЗЕЛ

- Зоргиуса*
- Пирогова – Розенмюллера
- Вихрова
- Яремно-лопаточно-подъязычный

941. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТЕОГЕННОЙ САРКОМЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- Хирургический
- Комбинированный (химиотерапия + операция) *
- Комплексный (лучевой + лекарственный)
- Лучевой

942. УДАЛЕНИЕ ОПУХОЛИ В ПРЕДЕЛАХ ЕЁ КАПСУЛЫ НАЗЫВАЮТ

- Резекцией
- Абляцией
- Энуклеорезекцией
- Энуклеацией *

943. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩЕЙСЯ МОРФОЛОГИЧЕСКОЙ ФОРМЕ РАКА ПОЧКИ ОТНОСИТСЯ

- Хромофобный рак
- Рак из собирательных трубочек
- Веретеночлечный рак
- Светлоклеточный рак *

944. ТАМОКСИФЕН ДЛЯ АДЪЮВАНТНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАЗНАЧАЕТСЯ ЕЖЕДНЕВНО ВНУТРИ В ДОЗЕ _____ МГ/СУТ

- 20 *
- 5
- 25
- 15

945. У БОЛЬНЫХ НЕМЕЛКОКЛЕТОЧНЫМ РАКОМ ЛЁГКОГО В СТАДИИ T1-2N1M0 ПОКАЗАНО ПРОВЕДЕНИЕ

- Операции в сочетании с химиотерапией
- Операции в сочетании с лучевой терапией *
- Комплексного лечения
- Только хирургического лечения

946. К ОТДАЛЕННЫМ НЕГАТИВНЫМ ПОСЛЕДСТВИЯМ, КОТОРЫЕ МОГУТ БЫТЬ СЛЕДСТВИЕМ РАДИОЙОДТЕРАПИИ, ОТНОСЯТ

- Нарушения слуха
- Когнитивные нарушения
- Снижение остроты зрения
- Развитие ксеростомии *

947. ПАЛЬПАТОРНО ФИБРОАДЕНОМА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОПРЕДЕЛЯЕТСЯ КАК ОБРАЗОВАНИЕ

- Плотной консистенции, бугристое, безболезненное, с чёткими границами
- Плотно-эластической консистенции с гладкой поверхностью, чёткими границами, сме-

щаемое *

Плотно-эластической консистенции, без чётких границ с зернистой поверхностью
Мягкоэластической консистенции, с чёткими границами

948. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ НЕЦЕЛЕСООБРАЗНА ПРИ

Ретикулосаркоме
Гигантоклеточной опухоли
Остеоме *
Эозинофильной гранулеме

949. РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МЕТАСТАЗИРУЕТ В ЯИЧНИКИ _____

ПУТЁМ

Гематогенным *
Ретроградно-лимфогенным
Ортоградным
Имплантационным

950. ОСНОВНЫМ МЕТОДОМ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

Хирургический *
Лучевая терапия
Полихимиотерапия
Монохимиотерапия

951. РАК ПИЩЕВОДА ЧАЩЕ ВОЗНИКАЕТ В ВОЗРАСТЕ (В ГОДАХ)

50-60
60-65
40-50
старше 70 *

952. ПЕРВУЮ СТАДИЮ РАКА ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ОБОЗНАЧАЮТ

T1N1M0
T1N0M0 *
T3N0M0
T2N1M0

953. ПОРАЖЕНИЕ ЛИМФАТИЧЕСКИХ УЗЛОВ ВЫШЕ ДИАФРАГМЫ И СЕЛЕЗЕНКИ ПРИ ЛИМФОГРАНУЛЕМАТОЗЕ ОТНОСЯТ К _____ СТАДИИ

II
IV
III *
I

954. КЛИНИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ ПОРАЖЕНИИ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ ЗАВИСИТ ОТ

Объема поражения легочной ткани
Локализации первичной опухоли и метастазов*
Поражения плевры
Поражения лимфатических узлов, корня и средостения

955. ПРИ КЛАССИЧЕСКОЙ ЛИМФОМЕ ХОДЖКИНА КЛЕТКИ БЕРЕЗОВСКОГО-ШТЕРНБЕРГА-РИД _____% МАССЫ ОПУХОЛИ

Составляют примерно 65
Не превышают 10*
Составляют примерно 75
Составляют около 95

956. МИНИМАЛЬНОЙ ОПЕРАЦИЕЙ ПРИ НАЛИЧИИ ВЫСОКОДИФФЕРЕНЦИРОВАННОГО РАКА ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

Резекция опухолевого узла в пределах здоровой ткани железы
Удаление доли железы
Вылущивание узла опухоли
Гемитиреоидэктомия с перешейком *

957. К ТРИАДЕ КЛАССИЧЕСКИХ СИМПТОМОВ РАКА ПОЧКИ ОТНОСЯТСЯ ГЕМАТУРИЯ, БОЛЬ И

Слабость
Повышенная температура тела
Пальпируемая опухоль *
Ускоренная СОЭ

958. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМИ КЛИНИЧЕСКИМИ ПРОЯВЛЕНИЯМИ РАКА ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЮТСЯ БОЛЕВОЙ СИНДРОМ И

Дизурия
Гематурия *
Гипертермия
Ишурия

959. ПИК ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ПЕРВИЧНОЙ ОСТЕОСАРКОМОЙ ПРИХОДИТСЯ НА ВОЗРАСТНОЙ ИНТЕРВАЛ В (В ГОДАХ)

60-80
25-35
10-20 *
40-55

960. ОПЕРАЦИЯ, ВЫПОЛНЯЕМАЯ ДЛЯ ОБЛЕГЧЕНИЯ СОСТОЯНИЯ БОЛЬНОГО ПРИ НЕРЕЗЕКТАБЕЛЬНОМ ОСЛОЖНЁННОМ РАКЕ, ЯВЛЯЕТСЯ

Радикальной
Паллиативной *
Диагностической
Симптоматической

961. К ТАРГЕТНЫМ ПРЕПАРАТАМ ОТНОСЯТСЯ 1

Циклофосфамид, ифосфамид
Метотрексат, ралтитрексид
Вемурафениб, кобиметиниб*
Винбластин, таксаны, иринотекан

962. СКОРОСТЬ ЭЛИМИНАЦИИ БЛАСТНЫХ КЛЕТОК ИЗ ПЕРИФЕРИЧЕСКОЙ КРОВИ В ПЕРИОД ПРОВЕДЕНИЯ ИНДУКЦИОННОЙ ТЕРАПИИ ПРИ ОСТРОМ МИЕЛОБЛАСТНОМ ЛЕЙКОЗЕ ПОЗВОЛЯЕТ

Оценить объем лейкозных клеток в костном мозге
Спрогнозировать улучшение безрецидивной выживаемости *
Определить дальнейшую тактику лечения

Спрогнозировать вероятность ответа на терапию

963. ОДНОЙ ИЗ ХАРАКТЕРИСТИК Т4Б ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

- Прорастание опухоли в грудную стенку
- Диффузный отек по типу лимонной корки *
- Прорастание опухоли в грудные мышцы
- Втяжение кожи над опухолью II степени

964. ПЛОСКОКЛЕТОЧНЫЙ РАК ПРЕИМУЩЕСТВЕННО ВСТРЕЧАЕТСЯ В ПИЩЕВОДЕ И

- Ободочной кишке
- Желудке
- Анальном канале прямой кишки *
- Тонкой кишке

965. ВОЗНИКНОВЕНИЕ ОЧАГОВ СКВАМОЗНОЙ МЕТАПЛАЗИИ ЭПИТЕЛИЯ БРОНХОВ ПРЕДШЕСТВУЕТ РАЗВИТИЮ _____ РАКА ЛЁГКИХ

- Мелкоклеточного
- Плоскоклеточного
- Крупноклеточного
- Железистого

966. ДЛЯ ПОДТВЕРЖДЕНИЯ НАЛИЧИЯ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНИ ПРИ ПРОВЕДЕНИИ ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОГО ДИАГНОЗА МЕЖДУ МИЕЛОМНОЙ БОЛЕЗНЬЮ И ХРОНИЧЕСКИМ ЗАБОЛЕВАНИЕМ ПОЧЕК НЕОБХОДИМО

- Рентгенологическое исследование скелета
- Исследование костного мозга *
- Обнаружение патологического иммуноглобулина в сыворотке и моче
- Определение уровня сывороточного белка

967. МЕТАСТАЗОМ АЙРИША НАЗЫВАЮТ МЕТАСТАЗ В

- Печень
- Лимфоузлы левой надключичной области
- Яичник
- Лимфоузлы левой подмышечной области *

968. ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГИПЕРКАЛЬЦИЕМИИ НАЗНАЧАЮТ

- Инфузионную терапию до 3 л в сутки + внутривенно бисфосфонаты *
- Только инфузионную терапию до 3 л в сутки 3
- Только внутривенное введение бисфосфонатов
- Внутривенное введение бисфосфонатов + кортикостероидов

969. В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНОГО IG G-МИЕЛОМОЙ С ВЫСОКИМ СОДЕРЖАНИЕМ БЕЛКА В КРОВИ ОБЯЗАТЕЛЬНО ПРИМЕНЯЮТ

- Гемодиализ
- Комплексоны
- Плазмаферез *
- Обменное переливание крови

970. ВЛИЯНИЕ ИОНИЗИРУЮЩЕЙ РАДИАЦИИ НА ВОЗНИКНОВЕНИЕ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫХ НОВООБРАЗОВАНИЙ В НАИБОЛЬШЕЙ СТЕПЕНИ СКАЗЫВАЕТСЯ У

лиц в возрасте 20-40 лет
детей *
лиц старше 60 лет
лиц в возрасте 41-59 лет

971. ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ МОЖНО ОЦЕНИВАТЬ ЭФФЕКТИВНОСТЬ ЛЕЧЕБНОЙ ГОРМОНОТЕРАПИИ СПУСТЯ _____ МЕСЯЦА/МЕСЯЦЕВ ПОСЛЕ НАЧАЛА ЛЕЧЕНИЯ

1,5-3 *
6
4-5
0,5

972. ПУТЁМ ЛИМФАТИЧЕСКОГО ОТТОКА, КОТОРЫЙ ОБЪЯСНЯЕТ МЕТАСТАТИЧЕСКОЕ ПОРАЖЕНИЕ ГРУДНЫХ ПОЗВОНКОВ ПРИ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ, ЯВЛЯЕТСЯ

Подключичный
Межрёберный *
Путь Героты
Перекрёстный

973. К НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИМСЯ ОСЛОЖНЕНИЯМ ПРОТИВООПУХОЛЕВОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ОТНОСЯТ

Нейропатию
Кардиоваскулярную токсичность
Гепатотоксичность
Гематологическую токсичность *

974. НАИБОЛЕЕ ДОСТОВЕРНЫМ МЕТОДОМ, ПОЗВОЛЯЮЩИМ ДИАГНОСТИРОВАТЬ ОПУХОЛЕВЫЕ ПОРАЖЕНИЯ ПЕЧЕНИ, ЯВЛЯЕТСЯ

Ангиография
Лапароскопия *
Холангиография
Рентгеновская компьютерная томография

975. ГИСТОЛОГИЧЕСКИМ ВИДОМ ОПУХОЛИ КОСТЕЙ, ПРИ КОТОРОМ ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНА, ЯВЛЯЕТСЯ

Хондросаркома
Остеогенная саркома
Фибросаркома
Ретикулосаркома *

976. ХАРАКТЕРНОЙ ОСОБЕННОСТЬЮ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ПЕРИФЕРИЧЕСКОГО РАКА ЛЁГКОГО В ФОРМЕ ШАРОВИДНОЙ ТЕНИ ЯВЛЯЕТСЯ

Наличие прожилок крови в мокроте
Одышка
Лихорадка
Длительное бессимптомное течение *

977. ЕСЛИ У БОЛЬНОЙ 50 ЛЕТ ПАПИЛЛЯРНЫЙ РАК ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ T2N0M0 С ЛОКАЛИЗАЦИЕЙ В ПРАВОЙ ДОЛЕ, ТО СЛЕДУЕТ ПРОВЕСТИ

Комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией

Тиреоидэктомию с центральной лимфодиссекцией *
Самостоятельную лучевую терапию
Комбинированное лечение с послеоперационной лучевой терапией

978. ПРОЯВЛЕНИЕМ ИМПЛАНТАЦИОННОГО МЕТАСТАЗИРОВАНИЯ ПРИ РАКЕ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

Поражение чревных лимфатических узлов
Метастатическое поражение печени
Раковый асцит*
Поражение парааортальных лимфатических узлов

979. К НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫМ СИМПТОМАМ ОПУХОЛЕЙ ГОЛОВНОГО МОЗГА ОТНОСЯТ

Снижение памяти
Головные боли *
Нарушение поведения
Тошноту, рвоту

980. ПРЕДРАКОВЫМ ИЗМЕНЕНИЕМ ПРЕДСТАТЕЛЬНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ЯВЛЯЕТСЯ

Дистрофия
Воспаление
Атрофия
Простатическая интраэпителиальная неоплазия *

981. СОГЛАСНО МЕЖДУНАРОДНОЙ КЛАССИФИКАЦИИ TNM РАКА ШЕЙКИ МАТКИ T1 ХАРАКТЕРИЗУЕТСЯ КАК

Опухоль шейки с распространением на матку, но без прорастания стенки таза
Инвазивная карцинома, которая диагностируется только микроскопически*
Опухоль шейки с распространением на матку и с прорастанием стенки таза, прямой кишки
Опухоль шейки с распространением на матку и с прорастанием стенки таза

982. БАЗАЛЬНОКЛЕТОЧНЫЙ РАК КОЖИ - ОПУХОЛЬ, КОТОРАЯ

Метастазирует имплантационным путём
Метастазирует лимфогенным путём
Характеризуется местно-деструктивным ростом*
Метастазирует гематогенным путём

983. НАИБОЛЕЕ ХАРАКТЕРНЫМ СИМПТОМОМ ОПУХОЛИ ЯИЧКА ЯВЛЯЕТСЯ

Опухоль в мошонке, определяемая при скользящей пальпации *
Увеличение паховых лимфоузлов
Расширение вен семенного канатика
Гемоспермия

984. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО МАЛИГНИЗИРУЮТСЯ В ТОЛСТОЙ КИШКЕ ПОЛИПЫ

Гиперпластические
Железистые
Ювенильные
Ворсинчатые *

985. САМОСТОЯТЕЛЬНОЕ ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПОКАЗАНО ПРИ

Остеогенной саркоме

Хондросаркоме*
Ретикулосаркоме
Опухоли Юинга

986. МЕРА ПОГЛОЩЕНИЯ ЛУЧЕВОЙ ЭНЕРГИИ НА РАЗЛИЧНОЙ ГЛУБИНЕ ТКА-
НЕЙ НАЗЫВАЕТСЯ ДОЗОЙ

Глубинной *
Поверхностной
Очаговой
Интегральной

987. ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ КЛИНИКО-АНАТОМИЧЕСКИЕ ФОРМЫ РАКА
ЛЕГКОГО

Центральная, периферическая, атипичная*
Прикорневая, паренхиматозная, смешанная
Экзофитная, эндофитная, паренхиматозная
Узловая, инфильтративная, смешанная

988. К ОСНОВНЫМ МЕТОДАМ ДИАГНОСТИКИ ЦЕНТРАЛЬНОГО РАКА ЛЕГ-
КОГО ОТНОСЯТ

Фибробронхоскопию с биопсией и бронхографией
Рентгенологический, морфологический, фибробронхоскопию*
Пневмомедиастиноскопию
Фибробронхоскопию и бронхографию

989. ТАРГЕТНЫМ ПРЕПАРАТОМ, КОТОРЫЙ ПО ПОКАЗАНИЯМ ВОЗМОЖНО
ПРИМЕНЯТЬ ПРИ МЕЛАНОМЕ КОЖИ, ЯВЛЯЕТСЯ

Цетуксимаб
Дабрафениб *
Регорафениб
Иматиниб

990. ЛИСТОК НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ НА БУМАЖНОМ НОСИТЕЛЕ СЛЕДУЕТ
ЗАПОЛНЯТЬ РУЧКОЙ

Любого цвета и конструкции
Черной шариковой
Черной гелевой *
Синей шариковой

991. ОБЩИЙ СТАТУС ПО ШКАЛЕ ВОЗ ОНКОЛОГИЧЕСКОГО БОЛЬНОГО, КОТО-
РЫЙ ИЗ-ЗА ТЯЖЕСТИ СИМПТОМОВ ЗАБОЛЕВАНИЯ НЕ ПОДНИМАЕТСЯ С ПОСТЕЛИ,
РАВЕН (В БАЛЛАХ)

4 *
3
5
10

992. ТИПИЧНЫМ СИМПТОМОМ ВНУТРИПРОТОВОКОВОЙ ПАПИЛЛОМЫ ЯВЛЯЕТ-
СЯ

Болезненность при пальпации ареолы
Симптом втяжения
Наличие кровянистых выделений из соска *

Наличие плотного участка с зернистой поверхностью

993. РВОТА НА 2-5 СУТКИ ПОСЛЕ ВВЕДЕНИЯ ХИМИОПРЕПАРАТА СЧИТАЕТСЯ

Отсроченной *
Условно-рефлекторной
Неконтролируемой
Рефрактерной

994. ИНФИЛЬТРИРУЮЩУЮ ФОРМУ ПЛОСКОКЛЕТОЧНОГО РАКА КОЖИ МОЖНО ПРИНЯТЬ ЗА

Старческую кератому
Длительно незаживающую рану*
Пигментную ксеродерму
Болезнь Боуэна

995. ДЛЯ КОНТАКТНОЙ РАДИОМЕТРИИ НОВООБРАЗОВАНИЙ ПРИМЕНЯЮТ РАДИОНУКЛИД

^{198}Au
 $^{32}\text{P}^*$
 ^{203}Hg
 $^{99\text{m}}\text{Tc}$

996. НАИБОЛЕЕ ЭФФЕКТИВНЫМ ПРЕПАРАТОМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ДИССЕМИНИРОВАННОЙ МЕЛАНОМЫ КОЖИ ЯВЛЯЕТСЯ

Циклофосфамид
Винкристин
Дабрафениб*
Метотрексат

997. ЕСЛИ У БОЛЬНОЙ ЧЕРЕЗ 10 ЛЕТ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ЛЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ВЫЯВЛЕН СОЛИТАРНЫЙ МЕТАСТАЗ В ВЕРХНЕЙ ДОЛЕ ПРАВОГО ЛЁГКОГО, ТО НЕОБХОДИМО ПРИМЕНИТЬ

Хирургическое лечение*
Гормонотерапию
Химиотерапию
Лучевую терапию

998. К ОСНОВНЫМ АСПЕКТАМ ПАТОГЕНЕЗА РАКА ЛЕГКОГО ОТНОСЯТ

Повреждение ДНК, активацию клеточных онкогенов и стимуляцию факторами роста*
Повреждение ДНК
Активацию клеточных онкогенов
Стимуляцию факторами роста

999. РАННИЙ РАК МОЧЕВОГО ПУЗЫРЯ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

Анемией
Выделениями из половых путей
Гематурией *
Тенезмами

1000. ОПТИМАЛЬНЫЕ СРОКИ ПРОВЕДЕНИЯ МАММОГРАФИИ С ____ ПО ____ ДЕНЬ МЕНСТРУАЛЬНОГО ЦИКЛА

1; 4

5; 12 *

20; 28

14; 20

4.3. Собеседование

4.3.1 Экзаменационные вопросы

1. Морфологическая классификация рака легкого.
2. Факторы риска развития рака легкого.
3. Профилактика рака легкого.
4. Скрининг рака легкого.
5. Клинико-анатомическая классификация рака легкого. Особенности клинического течения.
6. Принципы диагностики рака легкого.
7. Принципы лечения метастатического плоскоклеточного рака легкого.
8. Принципы лечения метастатической аденокарциномы легкого с наличием активирующих мутаций EGFR.
9. Принципы лечения метастатической аденокарциномы легкого с наличием транслокаций ALK, ROS1.
10. Принципы лечения метастатической аденокарциномы легкого без наличия активирующих мутаций.
11. Принципы молекулярно-генетического тестирования аденокарциномы легкого.
12. Принципы лечения местно-распространенного немелкоклеточного рака легкого.
13. Роль хирургического лечения в лечении немелкоклеточного рака лёгкого.
14. Роль лучевой терапии в лечении немелкоклеточного рака легкого.
15. Адьювантная терапия. Роль в лечении местно-распространенного рака легкого.
16. Принципы лечения местно-распространенного мелкоклеточного рака легкого.
17. Принципы лечения метастатического мелкоклеточного рака легкого.
18. Гистологическая классификация мезотелиомы плевры. Влияние на прогноз и лечение.
19. Принципы лечения эпителиоидно-клеточной мезотелиомы.
20. Принципы лечения саркоматозного типа мезотелиомы плевры.
21. Изменения онкомаркеров при злокачественных новообразованиях женской половой системы.
22. Скрининг онкологических заболеваний женской половой системы.
23. Морфологическая классификация злокачественных новообразований яичников, классификация по системе TNM. Группы риска.
24. Особенности диагностики рака яичников.
25. Особенности клинической картины злокачественных новообразований яичников.
26. Дифференциальная диагностика опухолей яичников
27. Хирургическое, лекарственное и комплексное лечение злокачественных новообразований яичников.
28. Выбор метода лечения злокачественных новообразований яичников в зависимости от стадии.
29. Лечение запущенных форм злокачественных образований яичников.
30. Рак тела и шейки матки. Заболеваемость и смертность.
31. Симптоматология рака тела матки в зависимости от патогенетических вариантов.
32. Диагностическое выскабливание, гистероскопия и –графия, ультразвуковое и изотопное исследования при злокачественных образованиях тела и шейки матки.
33. Дифференциальная диагностика опухолевых образований тела матки.
34. Дифференциальная диагностика опухолевых образований шейки матки.
35. Хирургическое, лучевое и гормональное лечение злокачественных новообразований тела и шейки матки. Комбинированный метод. Результаты.

36. Рак и беременность.
37. Виды эпителиальных дисплазий шейки матки, клинические проявления и методы лечения.
38. Организация работы смотрового кабинета.
39. Кольпоскопическое и цитологическое исследования.
40. Показания к лучевому, лекарственному и комбинированному лечению злокачественных новообразований тела и шейки матки. Результаты.
41. Классификация меланомы кожи по Бреслоу.
42. Уровни инвазии меланомы по Кларку.
43. Какие критерии используются для определения стадии меланомы кожи.
44. Принципы выбора лекарственной терапии при меланоме кожи.
45. Общие принципы лечения злокачественных опухолей костей скелета.
46. Остеогенная саркома. Современные классификации и факторы прогноза.
47. Остеогенная саркома. Основные ошибки в диагностике и лечении.
48. Саркома Юинга. Современные принципы лечения.
49. Саркома Юинга. Факторы прогноза.
50. Основные принципы лечения базальноклеточного рака кожи.
51. Диагностика злокачественных немеланоцитарных опухолей кожи.
52. Метод ABCDE в распознавании меланомы.
53. Факторы риска развития опухолей кожи.
54. Облигатные заболевания кожи.
55. Роль лучевой терапии в лечении немеланоцитарных опухолей кожи.
56. Гистологические типы злокачественных опухолей кожи.
57. Рабдомиосаркома. Факторы прогноза. Оценка эффективности проведенного лечения.
58. Клиническая картина злокачественных опухолей костей.
59. Принципы лекарственного лечения саркомы Юинга.
60. Принципы лекарственной терапии остеогенной саркомы.
61. Молекулярно-биологические подтипы рака молочной железы.
62. Алгоритм назначения адъювантной системной терапии в зависимости от молекулярно-биологического подтипа и степени распространенности рака молочной железы.
63. Стадирование рака молочной железы по классификации TNM.
64. Современные принципы хирургического лечения рака молочной железы.
65. Наследственный рак молочной железы. Принципы диагностики и лечения.
66. Принципы ведения пациентов рака молочной железы с метастазами в костях.
67. Эндокринотерапия рака молочной железы для пациенток в постменопаузе.
68. Эндокринотерапия рака молочной железы для пациенток в пременопаузе.
69. Алгоритм назначения адъювантной системной терапии для HR-положительного + Her2- отрицательного рака молочной железы.
70. Адъювантная/постнеоадъювантная терапия Her2 положительного рака молочной железы.
71. Принципы неоадъювантной и адъювантной лекарственной трижды-негативного рака молочной железы.
72. Алгоритм диагностики при подозрении на рак молочной железы.
73. Принципы лекарственной терапии метастатического HR-положительного, Her2-отрицательного рака молочной железы.
74. Принципы лекарственной терапии метастатического HR-положительного, Her2-положительного рака молочной железы.
75. Принципы лекарственной терапии метастатического HR-отрицательного, Her2-положительного рака молочной железы.
76. Принципы лекарственной терапии метастатического трижды-негативного рака молочной железы.

77. Основные группы цитостатиков для лечения рака молочной железы, их механизм действия.
78. Основные группы таргетных препаратов для лечения рака молочной железы, их механизм действия.
79. Основные группы гормональных препаратов для лечения рака молочной железы, их механизм действия.
80. Наблюдение за больными при метастатическом раке молочной железы/после радикального лечения
81. Определение термина злокачественная опухоль. Теории опухолевой инициации
82. Патогенетические особенности метастазирования
83. Ангиогенез и рак
84. Иммунная система и рак
85. Классификация рак желудка
86. Принципы стадирования колоректального рака
87. Хирургические особенности лечения больных колоректальным раком
88. Молекулярно-генетические маркеры в онкологии
89. Рак анального канала, принципы диагностики и лечения
90. Рак поджелудочной железы, принципы диагностики и лечения
91. Реабилитация онкологических больных
92. Принципы обезболивания онкологических больных
93. Биомаркеры, клиническое применение
94. Гепатоцеллюлярный рак, принципы диагностики и локального лечения
95. Иммунологические маркеры в онкологии
96. Понятия неоадьювантной, адьювантной и паллиативной терапии
97. Герминогенные опухоли, принципы диагностики, лечения и наблюдения
98. Методы лучевой диагностики в онкологии (КТ, ПЭТ, МРТ), клинические примеры
99. Принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей
100. Классификация опухолей головы и шеи, принципы диагностики и лечения

4.3.2 Ситуационные задачи

1. К участковому терапевту обратилась за медицинской помощью Р., 57 лет, с жалобами на общую слабость, похудание, потливость, повышение температуры тела по вечерам до 37,5°C, одышку при физической нагрузке, кожный зуд. Считает себя больной около 6 месяцев, когда среди полного здоровья стала повышаться температура тела в вечерние время. За помощью к врачу не обратилась. Самостоятельно употребляла аспирин, антибиотики, улучшения состояния не наблюдалось.

Данные объективного обследования. Больная пониженного питания. Кожа и видимые слизистые бледного цвета. При аускультации в легких ослабленное везикулярное дыхание, по всем полям выслушиваются единичные рассеянные сухие хрипы. При пальпации живот мягкий безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0 см. Селезенка увеличена, нижний полюс ее выходит из-под края реберной дуги на 1,5 см. На рентгенограммах грудной клетки имеется расширение границ средостения, больше влево. При УЗИ органов брюшной полости: гепатомегалия, спленомегалия, увеличенные забрюшинные лимфатические узлы.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?

Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.

Предполагаемая стадия заболевания?

Назначьте план дополнительных методов обследования.

Составьте план лечения больной.

Прогноз трудоспособности больной?

Обозначьте режим диспансерного наблюдения.

Ответы:

Диагноз – подозрение на лимфогранулематоз, клиническая группа Ia.

Дифференциальная диагностика – болезнь Ходжкина, неходжкинская лимфома, хронический лимфолейкоз, туберкулез лимфоузлов, саркоидоз Бенье-Бека, метастазы в лимфоузлы, инфекционный мононуклеоз.

Предполагаемая стадия IVб.

Общий анализ крови, биохимическое исследование крови, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, УЗИ периферических лимфоузлов, печени, селезенки, КТ или МРТ брюшной полости, ПЭТ/КТ исследование, стерильная пункция, инцизионная или эксцизионная биопсия лимфоузла, морфологическое и иммуногистохимическое исследование.

План лечения – курсы ПХТ + лучевая терапия.

Прогноз – сомнительный.

2. К терапевту обратилась женщина 21 года, с жалобами на слабость, быструю утомляемость, периодические подъемы температуры до 39°C, быструю потерю веса.

Из анамнеза известно, что больна в течение нескольких месяцев. По поводу острых респираторных заболеваний проводилась противовоспалительная терапия, но без эффекта.

Данные объективного обследования: состояние ближе к удовлетворительному. Кожные покровы и видимые слизистые чистые, бледные. На передней поверхности грудной клетки расширение подкожных вен. Пульс 100 ударов в 1 минуту, АД 115/70 мм рт.ст. Одышка до 28 дыхательных движений в 1 минуту. Периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки срединная тень на уровне передних отрезков I-II ребер расширена по обе стороны до 7,5- 8,0 см, наружные контуры четкие, крупноволнистые; в боковой проекции ретростеральное пространство пониженной прозрачности.

При компьютерной томографии увеличенные лимфоузлы паратрахеальной и трахеобронхиальной групп сливаются в единый конгломерат.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз?

Дифференциально-диагностический ряд заболеваний.

Каков алгоритм лечения болезни Ходжкина группы низкого риска?

Ответы:

Предполагаемый диагноз: медиастинальная форма лимфогранулематоза.

Дифференциальная диагностика: болезнь Ходжкина, неходжкинская лимфома, хронический лимфолейкоз, туберкулез лимфоузлов, саркоидоз Бенье-Бека, метастазы в лимфоузлы, инфекционный мононуклеоз.

Алгоритм лечения болезни Ходжкина группы низкого риска: 2-4 курса полихимиотерапии по схеме ABVD с последующей лучевой терапией пораженных участков.

3. У больного 70 лет обнаружено увеличение нескольких групп периферических лимфатических узлов выше диафрагмы. Рентгенологически выявлено увеличение лимфатических узлов средостения.

При морфологическом исследовании биоптата подмышечного лимфатического узла отмечена выраженная пролиферация лимфоцитов с примесью лимфобластных элементов со стиранием рисунка лимфоидной ткани. Данные за лимфогранулематоз

В общем анализе крови существенных изменений не отмечено.

Вопросы:

Какова стадия процесса и гистологический вариант заболевания?

Назовите диагностически значимые клеточные элементы.

Какие заболевания также входят в эту группу гемобластозов?

Какие особенности клинического течения болезни нередко отмечаются в терминальном периоде?

Ответы:

В связи с поражением лимфоузлов выше диафрагмы это II стадия заболевания, вариант - с преобладанием лимфоидной ткани

Клетки Рида – Березовского – Штернберга

Злокачественные лимфомы (Т- и В-клеточные)

Генерализация процесса

4. Больная У, 63 года, поступила в хирургическое отделение с жалобами на умеренные боли внизу живота схваткообразного характера, иррадиирующие в крестец, вздутие живота, неотхождение газов, отсутствие стула в течение 3 -х суток. Заболевание развивалось постепенно, больная страдает запорами в течение многих лет, подобные состояния в последний год были несколько раз, но разрешались после очистительной клизмы.

Общее состояние больной удовлетворительное, температура нормальная, пульс 68 в мин, язык обложен белым налетом, влажный. Живот вздут, при пальпации незначительно болезненный. Выслушивается "шум плеска", при перкуссии - высокий тимпанит. При ректальном исследовании - ампула прямой кишки пуста, сфинктер расслаблен. При попытке поставить сифонную клизму - жидкость, после введения ее в количестве 350 мл, изливается обратно.

Вопросы:

1. Ваш предварительный диагноз?

2. План обследования, методы верификации диагноза?

3. Какие местные и общие критерии заболевания необходимо определить?

4. Назовите возможные радикальные операции?

5. Метода паллиативного лечения?

6. Задачи диспансерного наблюдения?

Ответ.

1. Обтурирующая опухоль сигмовидной кишки, кишечная непроходимость

2. Обзорная рентгенография брюшной полости, проба Шварца; колоноскопия, биопсия, УЗИ брюшной полости при отсутствии явлений непроходимости.

3. Необходимо учитывать распространенность процесса, тип опухоли, соматическое состояние больной.

4. В условиях кишечной непроходимости в данном случае показана операция Гартмана

5. Выведение двухствольной сигмостомы, химиотерапия.

6. Выявление рецидива

5. К хирургу обратилась женщина 47 лет с жалобами на увеличение в размерах подмышечных лимфоузлов справа. При осмотре в правой аксиллярной области обнаружены единичные плотные лимфоузлы с ограниченной подвижностью, размером до 1-1,5 см не спаянные между собой. При физикальном осмотре в молочных железах узловые образования не определяются. Соски, ареолы не изменены. Другие группы регионарных лимфоузлов не увеличены. Признаков воспаления в правой молочной железе не выявлено. Пациентка направлена на маммографическое исследование, при котором в обеих молочных железах обнаружена

картина умеренно выраженной двусторонней фиброзно-кистозной мастопатии. Узловые образования в ткани молочных желез не выявлены. Пациентке было рекомендовано контрольное обследование через 3 месяца.

Вопросы:

1. Правильная ли тактика выбрана хирургом?
2. Какие дополнительные обследования вы порекомендуете?
3. Какие онкологические заболевания могут проявляться поражением аксиллярных лимфатических узлов?

Ответы:

1. тактика неверна.
2. Необходимо провести дополнительные обследования: А. УЗИ регионарных лимфатических узлов Б. Осмотр кожи правой верхней конечности, груди, живота, спины для исключения меланомы кожи, рака кожи. В. Рентгенографию органов грудной клетки для исключения рака легких. Г. Пункция пораженных лимфоузлов с последующим цитологическим исследованием пунктата. Д. В случае неинформативности пункции – биопсия пораженных лимфатических узлов с гистологическим исследованием полученного материала.
3. Рак молочной железы; неэпителиальные опухоли молочной железы; меланома кожи передней грудной, брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; плоскоклеточный рак кожи передней грудной, брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; лимфопролиферативные заболевания, рак легких, опухоли мягких тканей передней грудной, брюшной стенок, спины правой верхней конечности

6. Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: В области лба поверхностное образование 1,5x2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Ответы:

1. У больного подозрение на базальноклеточный рак кожи лба. Дифференциальная диагностика с плоскоклеточной карциномой, кератоакантомой.

Обоснование: Длительный анамнез, медленный рост опухоли; Клиническая картина: образование в виде папулы с изъязвлением (узелково-язвенная форма); Отсутствие метастатического поражения лимфатических узлов

2. Соскоб с поверхности опухоли с цитологическим исследованием.
3. Больному может быть предложено хирургическое лечение с учетом наличия изъязвления и размеров опухоли. Альтернативой может быть лучевая терапия.

7. Больная 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере. При

осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотно-эластическую консистенцию. Безболезненны.

Вопросы:

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Ответы:

1. У больной плоскоклеточная карцинома кожи правого плеча с метастазами в подмышечные лимфатические узлы. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с базалиомой.

Обоснование: Наличие ожога в анамнезе, клиническая картина, метастатическое поражение региональных лимфоузлов.

2. Соскоб с поверхности опухоли, пункция увеличенных подмышечных лимфоузлов с цитологическим исследованием

3. Хирургическое лечение в виде иссечения опухоли кожи правого плеча и правосторонней подмышечной лимфаденэктомией. Адьювантно – лучевая терапия

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

Диагноз? Тактика лечения?

Ответ: центральный рак промежуточного правого бронха. Ателектаз нижней доли справа. Плеврит. Тактика лечения: плевральная пункция в 6 межреберье справа по средней лопаточной линии. Анализ плевральной жидкости на наличие атипических клеток. Томография главного и промежуточного бронха справа.

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

родную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9753 Ед/мл.

Вопросы:

Диагноз? Тактика лечения?

Ответ:

Рак головки поджелудочной железы. Прорастание луковицы 12 п.к. T4NxM1. Хирургическое лечение. ГПДР. ПХТ.

10. У больной 55 лет опухоль в верхне-наружном квадранте правой молочной железы размерами 3,5 х 2,0 см, расположена в 5 см от соска. По данным ультразвукового исследования (далее – УЗИ) выявлены увеличенные подключичные и надключичные лимфоузлы на стороне поражения. Выполнена пункция опухоли молочной железы и надключичного л/узла. При цитологическом исследовании верифицирован рак. При обследовании (рентген органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза, сканирование костей) признаков отдаленного метастазирования не выявлено. Пациентка в менопаузе 3 года.

Выберите один правильный ответ:

Определите стадию болезни: А. T2N1M1; Б. T2N2M0; В. T2N3M0; Г. T2N3M1;

Ответ В.

Для решения вопроса о тактике лечения необходимо следующее обследование: А. электрокардиографии (далее – ЭКГ); Б. позитронно-эмиссионная томография (далее – ПЭТ) всего тела; В. биопсия опухоли с определением рецепторного и her2/neu статуса; Г. взять у пациентки свежие анализы крови и мочи; Д. магнитно-резонансная томография (далее – МРТ) молочных желез.

Ответ В.

Типовые оценочные средства При иммуногистохимическом исследовании (далее – ИГХ-исследовании) выявлено: PЭ++, PП++, her-2/neu 0, Ki-67 72%, также выявлены следующие сопутствующие заболевания: сахарный диабет II тип, ишемическая болезнь сердца (далее – ИБС), стенокардия напряжения 1 ф. кл, гипертоническая болезнь (далее – ГБ) 2 ст.

На I этапе лечения наиболее оптимальным будет: А. лучевая терапия по радикальной программе; Б. химиотерапия по схеме САФ, контроль после 6-го курса с одновременным приемом тамоксифена 20 мг/сутки; В. прием аримидекса 1мг/сутки, контроль через 3 месяца; Г. химиотерапия по схеме САФ (с фарморубицином), контроль после 2-го курса; Д. радикальная мастэктомия по Маддену. Ответ Г.

11. У пациента 24 лет диагностировали герминогенную опухоль левого яичка, по поводу чего была выполнена орхифунилэктомия слева, гистологически получена чистая семинома. Опухолевые маркеры до хирургического лечения: АФП 28 нг/мл (норма до 7 нг/мл), В-ХГЧ 1,9 мМЕ/мл (норма до 5 мМЕ/мл), ЛДГ 560 Ед/л (норма до 250 Ед/л), после хирургического лечения – АФП 92 нг/мл, В-ХГЧ 18 мМЕ/мл, ЛДГ 760 Ед/л. При обследовании выявлено увеличение забрюшинных лимфатических узлов до 50х60 мм. Какое лечение или дообследование показано этому пациенту?

Какие группы прогноза существуют для семиномы?

Чем семинома отличается от несеминомы?

12. На приёме онколога пациент 56 лет с диагнозом меланома кожи спины T4bN0M0, ПС. Состояние после хирургического иссечения первичной опухоли. Прогрессирование заболевания – солитарный метастаз в нижнюю долю правого лёгкого. Состояние после

атипичной резекции метастаза меланомы в нижнюю долю правого лёгкого. По результатам гистологического исследования резецированного образца опухоли в правом лёгком выявлен метастаз эпителиоидноклеточной меланомы. По результатам молекулярно-генетического исследования в опухоли выявлена активирующая мутация в гене BRAF V600E.

Показано ли было пациенту адъювантное лечение после иссечения первичной опухоли?

Сформулируйте оптимальную тактику ведения пациента в данной клинической ситуации.

Какие нежелательные явления могут возникнуть при проведении выбранной вами лекарственной терапии?

13. 45-летняя женщина без сопутствующих заболеваний, функциональный статус по ECOG – 1, с диагнозом рак слепой кишки с мутацией в гене KRAS, микросателлитностабильным фенотипом опухоли, через 3 года после адъювантной химиотерапии капецитабином и оксалиплатином поступила с неоперабельными множественными метастазами в легкие, печень и лимфатические узлы.

Какое системное лечение рекомендуется?

Какие мутации чаще всего встречаются у пациентов с колоректальным раком?

На что влияет определение статуса микросателлитной нестабильности?

Какие нежелательные явления могут возникнуть при проведении выбранной вами лекарственной терапии?

14. Пациент Г., 62 лет, обратился за консультативной помощью с диагнозом: рак предстательной железы pT3bN0M0. Состояние после радикальной простатэктомии (аденокарцинома, сумма Глисона 4+3=7, R0). Прогрессирование через 19 месяцев: определяемый ПСА (0,2 нг/мл). В течение наблюдения за 1 месяц ПСА вырос с 0,2 до 0,4 нг/мл. При ПСМА-ПЭТ/КТ возможный источник ПСА-рецидива – уретровезикоанастомоз. Клинически значимые сопутствующие заболевания: ИБС, СД 2 типа, компенсация.

К какой группе риска относится данный пациент?

Какова средняя продолжительность жизни в данной группе риска?

Дайте определение термину «кастрат-резистентный рак предстательной железы».

Предложите оптимальную тактику лечения данного пациента.

15. Пациент Г., 67 лет, обратился за консультативной помощью с диагнозом: рак левой почки pT3aN1M0. Состояние после радикальной нефрэктомии слева (светлоклеточный почечно-клеточный рак G4 с саркоматоидной дифференцировкой в опухоли, метастаз в одном из 12 лимфоузлов аналогичного строения). Прогрессирование через 6 месяцев после хирургического лечения: метастазы в забрюшинных лимфоузлах, легких.

К какой группе риска относится данный пациент?

Какова средняя продолжительность жизни в данной группе риска?

Какие наиболее частые паттерны метастазирования рака почки?

Какой режим терапии оптимален для назначения в данной клинической ситуации?

Какие нежелательные явления могут возникнуть при проведении выбранной вами лекарственной терапии?

16. Больной В., 73 лет, обратился к онкологу с диагнозом: рак мочевого пузыря cT3bN1M1a, метастазы в тазовых, забрюшинных лимфоузлах. Блок устьев обоих мочеточников. Уретерогидронефроз с обеих сторон. Хроническая мочевиная инфекция. Состояние после

лечебно-диагностической ТУР мочевого пузыря, 2-сторонней нефростомии. ХБП 3 стадии (СКФ 45 мл/мин/1,73 м кв.). Морфологически верифицирована мышечноинвазивная уротелиальная карцинома HG, не экспрессирующая PD-L1. Пациент получил 4 цикла ХТ в режиме гемцитабин, карбоплатин. После первых 2 циклов терапии зарегистрирован частичный ответ на лечение в виде полной регрессии забрюшинных и уменьшения размеров тазовых лимфоузлов до 10 мм по короткому диаметру, толщина стенки мочевого пузыря уменьшилась с 15 до 9 мм; после 3-4 циклов лечения размеры опухолевых очагов стабилизировались. При контрольной цистоскопии отмечается уменьшение площади поражения слизистой. Терапию переносил удовлетворительно.

Назовите факторы риска развития рака мочевого пузыря.

Какие симптомы могут позволить заподозрить рак мочевого пузыря?

Разработайте наиболее рациональную тактику дальнейшего лечения.

17. Пациентке 45 лет по поводу стромальной опухоли желудка выполнена дистальная резекция желудка в объеме R0. Размер первичной опухоли 6 см, 10 митозов в 50 полях зрения. Выявлена активирующая мутация в 11 экзоне гена KIT. Отдаленных метастазов по данным КТ нет. pT3N0M0.

Какая дальнейшая тактика рекомендуется?

Из каких клеток развивается GIST?

Какой таргетный препарат используется в лечении GIST?

18. Пациентка 70 лет, страдает компенсированным сахарным диабетом 2 типа, и артериальной гипертензией 3 стадии 3 степени. При ежегодном обследовании по поводу сопутствующей патологии у больной был выявлен диссеминированный светлоклеточный рак эндометрия с поражением печени, легких, аортальных и тазовых л/у, по поводу чего выполнена простая экстирпация матки и проведена химиотерапия по схеме паклитаксел + карбоплатин. При обследовании после 6 курсов ХТ выявлено прогрессирование заболевания (дальнейший рост очагов), ECOG 1. При анализе гистологического материала после операции выявлено отсутствие нарушений в системе репарации ДНК (pMMR).

Какой вариант 2 линии лечения вы выберете?

К какому молекулярно-генетическому подтипу рака эндометрия относится эта пациентка? Какие бывают молекулярно-генетические подтипы рака эндометрия?

В состав какого генетического синдрома входит рак тела матки?

19. У пациента 20 лет опухоль грудной стенки. При биопсии: круглоклеточная саркома с транслокацией химерного гена EWSR7, отдаленные метастазы не выявлены.

Сформулируйте диагноз.

Какие наиболее частые паттерны метастазирования данного вида саркомы?

Предложите оптимальную тактику лечения.

20. У женщины 68 лет без курения в анамнезе при плановой диспансеризации по данным флюорографического исследования выявлено образование верхней доли правого легкого. При дообследовании в условиях онкологического стационара выявлена аденокарцинома легкого без активирующих мутаций с экспрессией PD-L1 65%. По данным ПЭТ-КТ кроме первичной опухоли присутствует накопление РФП в медиастинальных лимфатических узлах, костях и печени.

Какова будет оптимальная тактика лечения для этой пациентки?

Какие активирующие мутации наиболее часто встречаются при аденокарциноме легкого?

Какие наиболее частые паттерны метастазирования рака легкого?

21. Больная П., 70 лет, поступила в хирургическое отделение онкодиспансера с жалобами на колющие боли в эпигастриальной области, снижение массы тела на 10 кг в течение полугода. Общее состояние больной удовлетворительное. Объективно: кожный покров бледный, чистый. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии.

Стул регулярный, без патологических примесей.

ОАК: эритроциты - $4,99 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин - 119г/л, тромбоциты - $302 \cdot 10^9/л$, лейкоциты - $9,1 \cdot 10^9/л$, эозинофилы - 2%, сегментоядерные - 72%, лимфоциты - 22%, моноциты - 4%, СОЭ - 18 мм/ч.

ФГДС: От средней до нижней трети тела желудка всю малую кривизну занимает массивный инфильтративно-язвенный процесс под фибрином, протяженностью до 9-10 см. Края в виде неровного инфильтрированного валика. Привратник перекрыт инфильтрированным валиком, сохранен, проходим. Слизистая оболочка двенадцатиперстной кишки розовая, просвет свободный.

1. Предполагаемый диагноз.
2. Заболевания, с которыми необходимо провести дифференциальный диагноз.
3. Дополнительные методы исследования для подтверждения диагноза.
4. План лечения.
- 5.

Прогноз.

22. Пациентка К. 46 лет. Обратилась на прием к хирургу с жалобами на наличие «узла» в левой молочной железе. Появление опухоли в ЛМЖ заметила месяц назад. Из анамнеза: работает учителем в школе; менструальная функция сохранена, менструации с 12 лет, нарушения цикла нет; имеет дочь 7 лет, воспитывает одна; хр.аднексит; страдает артериальной гипертензией; нарушение жирового обмена 2 ст; у матери гипертоническая болезнь, у тети по линии отца рак молочной железы. Объективно: Молочные железы развиты равномерно, деформации нет, в области ВНК левой молочной железы определяются плотное, безболезненное опухолевидное образование до 2,5 см в диаметре. Подмышечные л/узлы не пальпируются. Маммография: в ВНК ЛМЖ узел с лучистыми контурами 2,2 см в диаметре. Выполнена диагностическая пункция опухоли: цитологически железистый рак.

1. Какие факторы риска рака имеются у данной пациентки?
2. Какое дообследование необходимо провести?
3. Стадия заболевания и клиническая группа.
4. Каков объем оперативного вмешательства?
5. Какие дополнительные исследования необходимы для дальнейшего лечения и прогноза?

23. Больная Б., 59 лет впервые почувствовала себя плохо в декабре 2010 г. Предъявляла жалобы на тошноту, рвоту, слабость, утомляемость, снижение аппетита, к врачу не обращалась. 25 февраля 2011 г. обратилась к врачу с жалобами на дисфагию полужидкой и твердой пищей, тошноту, рвоту, слабость, утомляемость, похудела на 20 кг. Из сопутствующих заболеваний выявлено, что 10 лет назад был обнаружен полип слизистой желудка. Ничем не лечилась, жалобы были только на редко возникающую изжогу. Также установлен хронический гастрит с детства. Анамнез жизни: питание удовлетворительное; работала в птичнике, рассыпшителем химических веществ. Вредных привычек нет. Госпитализирована в онкологический диспансер для постановки диагноза, обследования и лечения. Обследование:

ФГДС: пищевод свободно проходим, слизистая розовая, эластичная, в 42 см. от резцов про- свет пищевода сужен за счет инфильтрата - распространяющегося на кардиальный отдел же- лудка, опухоль плотная. Контактно кровоточит. Складки сглажены, перистальтика снижена, слизистая гладкая, тусклая, бледно-розовая, атрофична. Взят материал на Н. р. (результат Н. р. ++++) КТ: печень обычно расположена, в паренхиме диффузные округлые очаги от 5 до 23 мл.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Провоцирующие факторы.
3. Диагностика.
4. Лечение
5. Прогноз

24. Женщина 56 лет, пять лет назад появились боли в задней части грудной клетки с иррадиацией в грудной отдел позвоночника, боли умеренной интенсивности, вне связи с при- емом пищи или физической нагрузкой. Обратилась за медпомощью к участковому терапевту. Направлена на консультацию к невропатологу, на Rg-снимках позвоночника был выявлен остеохондроз шейного и поясничного отделов. Длительно лечилась у вертебролога - без эффекта. Вскоре присоединившаяся дисфагия при приеме твердой пищи не насторожила па- циентку, т.к. вертебролог «предупредил», что после сеансов терапии может появиться затруд- нение глотания. В связи с неэффективностью проводимого лечения 26.01.2011 обратилась за консультацией терапевта в больницу им.Семашко. 31.01.2011 проведено ФГДС: в н/3 пище- вода с 29 по 36 см — неровность слизистой. 28.03.11 поступила на дообследование и лечение в АОКОД. Бытовые условия и питание, считает удовлетворительными (любит острую пищу). Работала экономистом. Травм (в том числе и ожогов пищевода), операций не было. Наслед- ственность не отягощена. Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Хронические заболевания - хронический гастрит, вне обострения; ГБ II ст., 3 ст. субкомпенсация; МКБ, ремиссия. Objec- тивно: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Appetit сохранен, вес — 50,5 кг, рост — 159 см (покидания не отмечала). Температура тела - 36,7°C. Кожный покров и видимые слизистые чистые, бледные. Периферические 25 лимфатические узлы не пальпиру- ются. Тоны сердца приглушены, ритмичные. ЧСС — 76 в минуту. АД — 150/90 мм рт.ст. Ды- хание везикулярное, хрипов нет. ЧДЦ - 20 в минуту. Язык влажный, слегка обложен. Прогла- тывание твёрдой пищи затруднено. Живот мягкий, безболезненный. Свободной жидкости в брюшной полости не выявлено. Печень и селезёнка не увеличены. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание не нарушено. Стул регулярный, оформлен- ный. Проведено обследование: ОАК (эр. - 4,97*10¹²/л. НЬ - 152 г/л, тромб. - 253*10⁹ /л, лейкоц. - 5,5*10⁹ /л, СОЭ - 10 мм/ч); ОАМ — в пределах N; КТ достоверных данных за инвазивный, метастатический процесс в органах грудной клетки не выявила.

1. Предположительный диагноз
2. Заболевания, с которыми следует провести дифференциальный диагноз
3. Что необходимо провести для подтверждения диагноза и верификации?
4. Дополнительные методы обследования
5. Тактика лечения

25. Пациент А, 75 лет поступил в онкологический диспансер с жалобами на затруд- нение глотания твердой и полужидкой пищи в течение полугода, общую слабость и похудан- ие. Общее состояние удовлетворительное, пульс 72 в минуту, АД 140/90 мм.рт.ст. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул и мо- чеиспускание в норме. Из анамнеза: стаж курения 53 года, количество выкуриваемых сигарет - пачка в день. Употребление алкоголя, со слов больного, умеренное. Хронические заболева-

ния: Стенокардия напряжения, ф.к.2. ХСН 2А, ф.к.2. ОАК: эритроциты $5,04 \cdot 10^{12}/л$, гемоглобин 150 г/л, цветной показатель 0,9, гематокрит 41,4%, тромбоциты $126 \cdot 10^9/л$, лейкоциты $4,9 \cdot 10^9/л$, базофилы 1%, сегментоядерные 66%, лимфоциты 20%, моноциты 11%, СОЭ 24 мм/час. ФГДС: пищевод свободно проходим до уровня 28 см от резцов, где имеется стеноз до 0,7-0,8 см за счет бугристой опухолевой ткани. Протяженность стеноза до 37 см от резцов. Розетка кардии свободна.

1. Предварительный диагноз.
2. Дополнительные методы исследования для уточнения диагноза.
3. Факторы риска развития предполагаемого заболевания в целом, у данного пациента.
4. План лечения.
5. Прогноз.

26. В порядке скорой помощи в городскую больницу доставлен мужчина 64 лет с жалобами на общую слабость, сильные боли в эпигастрии с иррадиацией в спину, вздутие живота. Считает себя больным около 2-х месяцев. Сначала появилась общая слабость и потеря аппетита, затем - небольшие боли и тяжесть в верхней части живота. Постепенно боли усилились, особенно по ночам. Периодически возникала рвота. Потеря в весе составила 12 кг. За медицинской помощью не обращался, лечился домашними средствами. Последние 2 месяца боли стали нестерпимыми, появилось вздутие живота.

Из анамнеза известно, что больной в прошлом злоупотреблял алкоголем, многократно лечился по поводу холецистита, панкреатита и гастрита.

Данные объективного обследования. Больной пониженного питания. Кожные покровы бледные. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс - 54 удара в 1 мин, аритмичный, АД - 140/100 мм рт. ст. Живот асимметричен. В эпигастриальной области слева выбухает опухоль размером 10x12 см, плотная, бугристая, малоподвижная, болезненная при пальпации. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. В отлогих местах живота - притупление. Симптомов раздражения брюшины нет.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?

Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.

Составьте план дополнительных диагностических мероприятий.

Составьте план лечения больного.

Прогноз трудоспособности больного

Ответы:

Диагноз – подозрение на рак поджелудочной железы, клиническая группа Ia.

Дифференциальная диагностика – рак поджелудочной железы, рак желудка.

Объем обследования: биохимические анализы крови, рентгенологическое исследование желудка и 12-ти перстной кишки, УЗИ органов брюшной полости, эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография, КТ или МРТ, гастродуоденоскопия со щеточной биопсией, лапароскопия.

План лечения – хирургическое лечение или лучевая терапия.

Прогноз – неблагоприятный.

27. Женщина 65 лет, обратилась к врачу с жалобами на ноющие боли в эпигастриальной области, иррадиирующие в спину. Впервые боли появились около 4 месяцев назад, в последнее время стали постоянными. Похудела на 8 кг, диспепсических явлений не отмечает. Отмечает потерю аппетита, тошноту, рвоту, запоры. Желтухи и лихорадки нет.

Данные объективного обследования: пониженного питания. Кожные покровы обычной окраски. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца приглушены. Пульс - 62 удара в 1 мин, аритмичный, АД - 130/100 мм рт. ст. Пальпация эпигастральной области болезненна, явных новообразований не определяется.

При фиброгастродуоденоскопии патологии в пищеводе и желудке не обнаружено.

При УЗИ в проекции тела и хвоста поджелудочной железы определяется объемное образование диаметром до 60 мм, с доплеровским эффектом, панкреатический проток не расширен.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз?

Перечислите объем дополнительных диагностических мероприятий.

Какой метод будет иметь принципиальное значение в постановке диагноза?

Ответы:

Диагноз: подозрение на опухоль хвоста и тела поджелудочной железы.

Обследование необходимо дополнить: общим и биохимическим анализами крови, КТ органов брюшной полости для оценки распространенности опухолевого процесса, пункцией образования под контролем УЗИ с морфологическим исследованием пунктата, лапароскопией для исключения метастазов по брюшине.

Цитологическое исследование аспирата из новообразования поджелудочной железы.

28. Больной К., 58 лет, обратился к врачу с жалобами на опоясывающие боли в верхней части живота, не связанные с приемом пищи и временем суток. Для облегчения болей принимал баралгин. Впервые боли появились около 1 месяца назад, за последнее время усилились. Похудел на 8кг. Курит, алкоголь употребляет умеренно, страдает сахарным диабетом.

Данные объективного обследования: состояние больного средней тяжести. Пульс 90 ударов в 1 минуту, АД 140/85 мм рт. ст. Со стороны легких и сердца патологических изменений не выявлено. Живот увеличен в размерах, в положении лежа на спине распластан. При перкуссии отмечается притупление перкуторного звука во фланках. При пальпации живот болезненный в области эпигастрия и левого подреберья, где определяется ограниченное в смещении уплотнение без четких границ. Симптомов раздражения брюшины нет.

Общий анализ крови: Нв – 90г/л, лейкоциты – 11 тысяч, тромбоциты – 610 тысяч/мл, СОЭ – 54 мм/час.

Биохимический анализ крови: липаза – 2400 Ед/мл, амилаза – 510 Ед/л, щелочная фосфатаза - 610 Ед/л.

Данные компьютерной томографии: значительное количество жидкости в брюшной полости. Тело поджелудочной железы уплотнено, расширено до 30 мм. В гепатодуоденальной связке группа увеличенных и уплотненных лимфатических узлов.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз?

Дифференциально-диагностический ряд заболеваний:

Перечислите объем дополнительных диагностических мероприятий, необходимых для уточнения диагноза и определения стадии заболевания.

Каков план лечения больного?

Ответы:

Предполагаемый диагноз: рак тела поджелудочной железы.

Дифференциальная диагностика между раком тела поджелудочной железы, острым панкреатитом и раком желудка.

Для уточнения диагноза и определения стадии опухолевого процесса обследование необходимо дополнить: фиброгастродуоденоскопией, лапароскопией с биопсией или биопсией опухоли под контролем УЗИ или КТ.

Лечение симптоматическое в виду распространенности опухолевого процесса (асцит).

29. На прием в поликлинику обратилась женщина, 52 лет, с жалобами на желтушность кожных покровов, выраженную слабость, отсутствие аппетита, тупые боли в правом подреберьи. Считает себя больной около 2-х недель, когда муж обратил внимание на желтушность ее склер. За 1 - 2 месяца до этого перенесла респираторное заболевание, после чего пропал аппетит. Похудела. В анамнезе холецистит. Находится 8 лет на диспансерном учете после перенесенного ранее инфекционного гепатита.

Данные объективного обследования. Пациентка пониженного питания. Кожные покровы слегка желтушной окраски. Склеры иктеричны. Периферические лимфоузлы не увеличены. При аускультации в легких выслушивается везикулярное дыхание, акцент II тона на аорте. Пульс - 76 ударов 1 мин. АД - 180/100 мм рт. ст. Живот умеренно вздут. При пальпации печень выступает из-под реберного края на 5-6см, край ее плотный, слегка болезненный.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?

Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.

Составьте план обследования больной.

Составьте план лечения больной.

Прогноз трудоспособности больной?

Составьте план мероприятий по ранней диагностике рака печени.

Ответы:

Диагноз – подозрение на рак печени, клиническая группа Ia.

Дифференциальная диагностика – рак печени, метастатическое поражение печени, цирроз печени.

План обследования – биохимический и общий анализ крови, анализ крови на альфа-фетопротеин, УЗИ органов брюшной полости с доплеровским картированием, биопсия опухоли печени под контролем УЗИ, спиральная КТ, гепатосцинтиграфия, лапароскопия.

План лечения – в зависимости от распространенности процесса в печени: резекция печени, радиочастотная термоабляция опухоли, тотальная гепатэктомия с пересадкой печени, химиоэмболизация сосудов опухоли.

Прогноз сомнительный.

Мероприятия по ранней диагностике рака печени: определение в группах риска (перенесшие вирусный гепатит В или С, страдающие хроническими заболеваниями печени, циррозом) 1 раз в 6 месяцев уровня альфа-фетопротеина, УЗИ печени.

30. Больная 56 лет поступила в хирургический стационар с жалобами на ноющие боли в правом подреберьи, желтуху.

Из анамнеза известно, что в течение трех месяцев беспокоит неустойчивый стул, запоры, нарастает слабость. Похудела на 6 кг. 10 лет назад перенесла вирусный гепатит С.

Данные объективного обследования: Состояние больной средней тяжести. Склеры бледно-желтые. Живот мягкий, безболезненный. Пальпируется увеличенная, плотная с неровной поверхностью печень. Нечетко определяется асцит.

Общий анализ крови: Нб – 80г/л, лейкоциты – 6 тысяч, СОЭ – 54 мм/час.

Биохимический анализ крови: щелочная фосфатаза – 780 Ед/л, билирубин - 58 мкмоль/л

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз?

Составьте план дополнительных диагностических мероприятий..

Составьте план лечения больного.

Прогноз трудоспособности больного?

Ответы:

Предполагаемый диагноз: первичный рак печени.

Дополнительные диагностические мероприятия: УЗИ с доплеровским картированием и КТ органов брюшной полости, рентгенологическое исследование желудочно-кишечного тракта, фиброгастродуоденоскопия, ангиография печени, биопсия печени под контролем УЗИ, гапатоцинтиграфия печени

При операбельности больного и резектабельности опухоли выполняют резекцию или гепатэктомия с трансплантацией печени, при нерезектабельном гепатоцеллюлярном раке – внутриартериальную химиоэмболизацию с последующей оценкой эффекта и выполнением радикальной операции при переводе процесса в операбельное состояние.

Прогноз трудоспособности больного неблагоприятный.

31. Больная Л., 42 лет. Обратилась с жалобами на уплотнение в левой молочной железе. Менструации с 12 лет, регулярные. Имеет двоих детей. Страдает гипотиреозом.

Объективно: в верхне-наружном квадранте левой молочной железы пальпируется опухоль ~6см в диаметре. В левой подмышечной области пальпируется конгломерат увеличенных лимфоузлов. Данные маммографии: в верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется образование с неровными тяжистыми контурами 5х6 см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: протоковый рак. При УЗИ брюшной полости обнаружены очаговые образования в печени.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?

Предполагаемая стадия заболевания?

Назначьте план дополнительных методов обследования.

Составьте план лечения больной.

Прогноз трудоспособности больной?

Составьте план мероприятий по вторичной профилактике рака.

Ответы:

Рак молочной железы, клиническая группа II.

Стадия заболевания IV (T3N2M1).

Трепанобиопсия опухоли и иммуногистохимическое исследование биоптата, УЗИ регионарных лимфоузлов, КТ органов грудной клетки, сцинтиграфия костей скелета, общее клиническое исследование.

Паллиативная полихимиотерапия, при гормональной чувствительности опухоли – гормонотерапия.

Прогноз плохой.

Мероприятиями по вторичной профилактике рака молочной железы должны были быть: лечение мастопатии и гипотиреоза. Диспансерное обследование больной каждые 6 месяцев у гинеколога и эндокринолога.

32. При скрининговом маммографическом исследовании в участковой поликлинике у пациентки 62 лет выявлено узловое образование в нижне-наружном квадранте левой молочной железы. Данные маммографии: образование размером 1см, неправильной формы с неров-

ными тяжистыми контурами. Из анамнеза известно, что 10 лет назад больная получала химио-лучевое лечение по поводу лимфогранулематоза с поражением загрудинных лимфоузлов.

Объективно при осмотре онколога: в нижне-наружном квадранте левой молочной железы пальпируется плотное, мало смещаемое образование не связанное с кожей, размером 1см. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. При цитологическом исследовании пунктата получено подтверждение рака молочной железы. По данным иммуногистохимического исследования: в опухоли высокий уровень рецепторов к эстрогену и прогестерону, гиперэкспрессия онкобелка HER2/neu отсутствует.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?

Предполагаемая стадия заболевания?

Назначьте план дополнительных методов обследования.

Составьте план лечения больной, определите объем оперативного вмешательства.

Прогноз трудоспособности больной?

Обозначьте режим диспансерного наблюдения за состоянием больной.

Ответы:

Рак молочной железы, клиническая группа IIa.

Предполагаемая стадия заболевания I (T1N0M0).

Объем дополнительных методов обследования у данной больной должен включать: УЗИ периферических лимфоузлов, сцинтиграфия или ПЭТ, КТ органов грудной и брюшной полости .

Операция в объеме радикальной мастэктомии с последующей гормонотерапией.

Прогноз благоприятный.

Режим диспансерного наблюдения на 1 году – каждые 3 месяца, на 2-ом году – 1 раз в 6 месяцев, начиная с 3 года и далее – 1 раз в год.

33. Больная 50 лет обратилась с жалобами на наличие язвочки в области соска правой молочной железы. Считает себя больной в течение 2-х лет, когда стала замечать кровянистые пятна на белье и мокнутие в области соска. За медицинской помощью не обращалась, лечилась мазями, но без эффекта.

Данные объективного обследования: молочные железы симметричны. В области соска правой молочной железы имеется язвенный дефект ~ 1,5см диаметром, переходящий на ареолу. Очаговых образований в молочных железах не выявлено. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Данные маммографии: явления фиброзной мастопатии, узловых образований в молочных железах не обнаружено.

Данные УЗИ: признаки фиброзной мастопатии, лимфоузлы подмышечных и надключичных областей не увеличены.

Данные морфоиммуногистохимического исследования: рак Педжета молочной железы; РЭ +95%, РП +25%; Ki 67 – 15; Her2/neu- 0.

Вопросы:

Какова клиническая группа?

Назначьте план дополнительных методов обследования для определения стадии заболевания.

Составьте план лечения больной, определите объем оперативного вмешательства.

Прогноз трудоспособности больной?

Обозначьте режим диспансерного наблюдения за состоянием больной..

Ответы:

Клиническая группа Па.

В алгоритм обследования следует добавить рентгенографию органов грудной клетки и УЗИ брюшной полости.

Радикальная мастэктомия; гормонотерапия.

Прогноз сомнительный.

Режим диспансерного наблюдения на 1 году – каждые 3 месяца, на 2-ом году – 1 раз в 6 месяцев, начиная с 3 года и далее – 1 раз в год.

34. К хирургу участковой поликлиники обратилась женщина 42 лет с жалобами на увеличение подмышечных лимфатических узлов справа.

Данные объективного обследования: кожные покровы чистые, без пигментных образований. В молочных железах узловые образования не определяются, соски и ареолы молочных желез не изменены, признаков воспаления в молочных железах не выявлено. В правой аксиллярной области обнаружены единичные плотные лимфоузлы с ограниченной подвижностью, размером до 1-1,5см не спаянные между собой. Другие группы периферических лимфоузлов не увеличены.

При маммографии в обеих молочных железах обнаружена картина двусторонней фиброзно-кистозной мастопатии. Узловые образования в ткани молочных желез не выявлены.

Пациентка было рекомендовано контрольное обследование через 3 месяца.

Вопросы:

Правильно ли выбрана врачебная тактика?

Нужны ли и какие дополнительные методы обследования?

Какие онкологические заболевания могут проявляться поражением подмышечных лимфатических узлов?

Ответы:

Лечебная тактика выбрана неверно: необходимо было провести дообследование и направление больной в онкологический диспансер.

Нужны рентгенография органов грудной клетки, УЗИ молочных желез, УЗИ периферических лимфатических узлов, УЗИ брюшной полости, биопсия увеличенных лимфатических узлов.

Поражение подмышечных лимфоузлов может наблюдаться при раке молочной железы, злокачественных новообразованиях кожи, лимфопролиферативных заболеваниях.

35. Больная К., 82 лет, обратилась с жалобами на плотное безболезненное образование в правой молочной железе, которое замечает на протяжении последних 4 лет. К врачам не обращалась.

Данные объективного обследования: на границе наружных квадрантов правой молочной железы пальпируется плотное, бугристое образование без четких контуров размером 2,5см. В правой подмышечной области плотный, увеличенный, подвижный, безболезненный лимфоузел. Левая молочная железа без очаговых образований. Надключичные лимфоузлы не увеличены.

При скintiграфии костей скелета выявлено накопление радиофармпрепарата в головке левой бедренной кости.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз и стадия заболевания по системе TNM?

Составьте план дополнительных методов обследования.

Составьте план лечения больной.

Каков прогноз для жизни больной?

Ответы:

Рак молочной железы, стадия заболевания IV (T2N1M1).

Маммография, УЗИ молочных желез и лимфоузлов, КТ органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, биопсия опухоли, морфоиммуногистохимическое исследование опухоли, общее клиническое обследование для уточнения характера сопутствующей патологии.

Гормонотерапия, бифосфонаты.

Прогноз неблагоприятный.

36. К участковому терапевту мать привела мальчика 18 лет, с жалобами на увеличенные лимфатические узлы на шее, периодические подъемы температуры тела до 38 градусов без катаральных явлений, потливость по ночам, снижение массы тела на 7 кг за последние 2 месяца. Увеличенные лимфатические узлы на шее появились около 8-и недель назад. Мать лечила компрессами - без эффекта. В анамнезе частые простудные заболевания.

Данные объективного обследования: При осмотре правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледной окраски. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Пульс 86 ударов в 1 минуту. АД 115/74 мм.рт.ст. На шее слева в средней и нижней ее трети увеличенные лимфатические узлы от 1х1см до 2х2 см в диаметре, плотно эластичные, не спаянные между собой и кожей. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотная, безболезненная.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?

Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.

Предполагаемая стадия заболевания?

Назначьте план дополнительных методов обследования.

Составьте план лечения больной.

Ответы:

Диагноз – подозрение на лимфопролиферативное заболевание.

Дифференциальная диагностика – болезнь Ходжкина, неходжкинская лимфома, хронический лимфолейкоз, туберкулез лимфоузлов, саркоидоз Бенье-Бека, метастазы в лимфоузлы, инфекционный мононуклеоз.

Предполагаемая стадия III В.

Общий анализ крови, биохимическое исследование крови, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, УЗИ периферических лимфоузлов, печени, селезенки, КТ или МРТ брюшной полости, ПЭТ/ КТ исследование, стерильная пункция, инцизионная или эксцизионная биопсия лимфоузла, морфологическое и иммуногистохимическое исследование.

План лечения – курсы ПХТ + лучевая терапия.

37. Мужчина 21 года госпитализирован в стационар со следующими жалобами: похудание, слабость, рассеянные боли в правом бедре.

Данные объективного обследования: кожные покровы бледные, пальпаторно кости не изменены, отмечается болезненность при пальпации правого бедра и ограничение активных и пассивных движений в правом коленном и тазобедренном суставе. На прямой и боковой рентгенограммах правого бедра отмечены деструктивные изменения дистального метадиафиза правой бедренной кости с образованием козырьков Кодмана.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

План дополнительных методов обследования?

План лечения?

Ответы:

Предположительный диагноз – Саркома правой бедренной кости.

Дополнительные методы обследования: рентгенография органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, КТ правого бедра.

План лечения: курсы ПХТ, хирургическое лечение.

38. На прием к дерматологу обратилась женщина 75 лет с жалобами на изъязвленное образование кожи в области правой носогубной складки.

Из анамнеза известно, что образование существует в течение нескольких лет, растет медленно. В последние 6 месяцев в области опухоли появилась язвочка, которая постепенно увеличивается в размерах.

Данные объективного обследования: в области правой носогубной складки поверхностная опухоль 1х1,5см, несколько выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Язвочка покрыта корочкой, при ее снятии кровоточит. Подчелюстные и шейные лимфоузлы не увеличены.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?

Предполагаемая стадия заболевания?

Назначьте необходимое дополнительное обследование.

Составьте план лечения больного.

Ответы:

Диагноз – подозрение на базальноклеточный рак кожи.

Предполагаемая стадия заболевания I T1N0M0.

Дополнительные обследования: мазок отпечаток с поверхности опухоли или инцизионная биопсия, исследование, УЗИ периферических лимфоузлов, рентгенография органов грудной клетки.

В лечении близкофокусная рентгенотерапия.

39. Больной 65 лет в течение 7 месяцев отмечает затрудненное вялой тонкой струей мочеиспускание. Мочевой пузырь перкуторно не определяется. Предстательная железа увеличена, бугристая, хрящевой консистенции, безболезненная. Анемия, протеинурия, микрогематурия. На рентгенограммах изменение костного рисунка лобковых и седалищных костей. На цистограмме пузырь приподнят, дефект наполнения с неровными контурами. При урофлуометрии снижение объемной скорости потока мочи, увеличение времени мочеиспускания, ПСА 52 нг/мл.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз.

Необходимые методы обследования.

Ваша тактика лечения.

Ответы:

Подозрение на рак предстательной железы.

КТ (грудной клетки, брюшной полости); МРТ малого таза, остеосцинтиграфия, ТРУЗИ, Общеклинические анализы.

Хирургическое, лучевая терапия, химиотерапия, гормонотерапия.

40. Больная К., 42 лет. Жалобы на межменструальные выделения, водянистые мутные бели. В анамнезе: лечение по поводу папилломавирусной инфекции.

При гинекологическом осмотре: шейка матки уплотнена, отмечается ранимость, повышенная кровоточивость слизистой. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие. Прямая кишка при пальцевом исследовании не изменена.

Кольпоскопия: картина соответствует высокоатипичному эпителию.

Результаты биопсии: стромальная инвазия в глубину до 4 мм, инвазия по горизонтальному распространению до 7 мм.

При дообследовании (рентгенологическое исследование органов грудной клетки, УЗИ органов малого таза и брюшной полости): признаков поражения регионарных лимфоузлов, диссеминации процесса нет.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз? Клиническая группа?

Определите стадию опухолевого процесса.

Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответы:

Рак шейки матки.

Стадия опухолевого процесса 3.

Операция Вертгейма.

5. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ ПРОЦЕДУРУ ОЦЕНИВАНИЯ РЕЗУЛЬТАТОВ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

Подготовка к государственной итоговой аттестации должна осуществляться в соответствии с программой государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация выпускника по специальности 31.08.57 Онкология включает государственный экзамен, который проводится поэтапно:

- Практическая подготовка (I этап);
- Аттестационное тестирование (II этап);
- Собеседование (III этап).

Критерии оценки практической подготовки выпускника (I этап)

Результаты практической подготовки оцениваются следующим образом:

71% и более выполненных действий по каждому из предложенных заданий – «зачтено»;

менее 71% выполненных действий хотя бы по одному из предложенных заданий – «не зачтено».

Критерии оценки результатов аттестационного тестирования обучающихся (II этап):

Результаты тестирования оцениваются следующим образом:

70% и более правильных ответов – «зачтено»;

менее 70% правильных ответов – «не зачтено».

Критерии оценки устного ответа на собеседовании (III этап)

Результаты этапа оцениваются по пятибалльной шкале и определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»:

– оценки «отлично» заслуживает выпускник, показавший всестороннее, глубокое знание учебного программного материала; умение свободно выполнять задания; усвоивший основную литературу, рекомендованную программой; знающий нормативные документы; проявивший творческие способности и умение комплексно подходить к решению проблемной ситуации, способности анализировать ситуацию, делать выводы. Выпускник демонстрирует уверенные навыки в решении ситуационных задач, демонстрирует профессиональные умения в полном объеме. Отмечается всестороннее систематическое и глубокое знание материала,

умение свободно выполнять задания, содержащиеся в оценочных материалах, выявлены творческие способности в понимании, изложении и использовании учебного материала.

– оценки «хорошо» заслуживает выпускник, показавший полное знание учебного программного материала, успешно выполнивший задания, усвоивший основную литературу, знающий нормативные документы; способный анализировать ситуацию, демонстрирующий профессиональные навыки и умения в решении ситуационных задач. Отмечается полное знание материала, выявляется способность к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности. Даны полные, развернутые ответы на поставленные вопросы; в ответе прослеживается четкая структура, логическая последовательность, отражающая сущность раскрываемых понятий, теорий, явлений. Ответ изложен литературным языком в терминах науки. В ответе допущены недочеты, исправленные ординатором с помощью экзаменатора.

– оценки «удовлетворительно» заслуживает выпускник, показавший знание основного программного материала в объеме, необходимом для предстоящей работы по профессии, справляющийся с выполнением заданий, содержащихся в оценочных материалах. Как правило, оценка «удовлетворительно» выставляется экзаменуемым, допустившим погрешности в ответах на вопросы, но обладающим необходимыми знаниями для их устранения. Выпускник демонстрирует недостаточную способность анализировать ситуацию, не в полной мере демонстрирует навыки решения ситуационных задач. Дает полный, но недостаточно последовательный ответ на поставленный вопрос, но при этом показывает умение выделить существенные и несущественные признаки и причинно-следственные связи. Ответ логичен и изложен в терминах науки. Могут быть допущены 1–2 ошибки в определении основных понятий, которые ординатор затрудняется исправить самостоятельно.

– оценка «неудовлетворительно» выставляется выпускнику, обнаружившему пробелы в знаниях основного программного материала, допустившему принципиальные ошибки в выполнении предусмотренных заданий. Как правило, оценка «неудовлетворительно» ставится экзаменуемым, которые не могут самостоятельно выполнить поставленные задачи.