



**Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России)**

197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, дом 68  
Тел.: (812) 439-9555. Факс: (812) 596-8947. Эл.почта: oncl@rion.spb.ru  
ИНН 7821006887 КПП 784301001

**УТВЕРЖДАЮ**

Директор  
ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова»  
Минздрава России



А. М. БЕЛЯЕВ

2015 г.

**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
И ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

**ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ –  
ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ  
(ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ)**

**СПЕЦИАЛЬНОСТЬ**  
**31.0814 Детская онкология**  
(код, специальность)

Санкт-Петербург  
2015 г.

Составители программы государственной итоговой аттестации  
и фонда оценочных средств, специальности 31.08.14 Детская онкология

№ п/п.	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Должность	Место работы
1	Кулева Светлана Александровна	Д. м. н., доцент	Заведующая отделением химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей у детей	ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
2	Рогачев Михаил Васильевич	К. м. н., доцент	Заведующий отделом учебно-методической работы	ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
3	Семиглазова Татьяна Юрьевна	Д. м. н., доцент	Заведующая научным отделом инновационных методов терапевтической онкологии и реабилитации	ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России
4	Фасеева Наталья Дмитриевна		Врач-детский онколог отделения химиотерапии и комбинированного лечения злокачественных опухолей у детей	ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России

Программа государственной итоговой аттестации и фонд оценочных средств специальности 31.08.14 Детская онкология одобрена на заседании Ученого совета ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России « 26 » мая 2015 г., протокол № 7.

Ученый секретарь

Д. м. н.



Демин Евгений Владимирович

## **Государственная итоговая аттестация выпускников**

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательной программы 31.08.14 Детская онкология соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по образовательной программе высшего образования – подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.14 Детская онкология.

Государственная итоговая аттестация обучающихся проводится в форме государственного экзамена.

Государственные аттестационные испытания по дисциплине Детская онкология проводятся устно.

Успешное прохождение государственной итоговой аттестации является основанием для выдачи обучающемуся документа о высшем образовании и о квалификации по образцу, установленному Министерством здравоохранения Российской Федерации.

Программа государственной итоговой аттестации, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация является заключительным этапом оценки качества освоения обучающимся основной профессиональной образовательной программы и должна дать объективную оценку наличию у выпускника подготовленности к самостоятельной профессиональной деятельности.

К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по специальности 31.08.14 Детская онкология.

### **1. Цели и задачи государственной итоговой аттестации**

Цель государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.14 Детская онкология состоит в объективном выявлении уровня подготовленности выпускника к компетентностному выполнению следующих видов профессиональной деятельности: профилактической, диагностической, лечебной, реабилитационной, психолого-педагогической, организационно-управленческой.

Задачи государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.14 Детская онкология заключаются:

- в оценке уровня сформированности у выпускников необходимых универсальных и профессиональных компетенций;

- в определении уровня теоретической и практической подготовки для выполнения функций профессиональной деятельности;

- в выявлении уровня профессиональной подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач различной степени сложности.

### **2. Планируемые результаты обучения по дисциплине:**

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

Выпускник программы ординатуры должен обладать следующими универсальными компетенциями (далее – УК):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью 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).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими профессиональными компетенциями (далее – ПК):

в профилактической деятельности:

- 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 у детей и подростков, 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 детьми и подростками (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 детей и подростков (ПК-4);

в диагностической деятельности:

- 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);

в лечебной деятельности:

- 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);

в реабилитационной деятельности:

- готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

в психолого-педагогической деятельности:

- готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

в организационно-управленческой деятельности:

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфе-

ре 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. Место государственной итоговой аттестации в структуре образовательной программы**

Государственная итоговая аттестация относится к Блоку 3 Базовой части Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.14 Детская онкология.

### **4. Объем государственной итоговой аттестации в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся**

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	Семестры
		4
Контактная работа обучающегося с преподавателем	72 / 2	72 / 2
Самостоятельная работа обучающихся	36 / 1	36 / 1
<b>Общая трудоемкость</b>	<b>108</b>	<b>108</b>
<b>часы</b>	<b>3</b>	<b>3</b>
<b>зачетные единицы</b>		

### **5. Содержание государственной итоговой аттестации, структурированное по этапам**

Содержание государственной итоговой аттестации базируется на компетенциях выпускника как совокупного ожидаемого результата образования по ОПОП

#### **5.1. Схема проверки компетенций по вопросам**

Номер компетенции	Описание компетенции	Номера вопросов
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1-150
УК-2	Готовность к управлению коллективом онкологического подразделения, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия у персонала и пациентов	1-2
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 у детей и подростков, 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	1-150
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицин-	2, 4-5, 18

	ских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	
ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков	2-3, 5, 15, 20
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	6-28, 32, 43-46, 53-150
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи	29-38, 40-150
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	29-38, 40-150
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	29-38, 40-150
ПК-10	Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	2
ПК-11	Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	29-38, 40-150

## 5.2. Схема проверки компетенций по тестам

Номер компетенции	Описание компетенции	Номера тестов
УК-1	Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	1-500
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 у детей и подростков, 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	4, 9, 16, 32, 37, 39, 40, 55, 105, 106, 169, 188, 196, 197, 286, 289, 296, 297, 298, 307, 3313, 315, 316, 324, 330, 331, 432, 488
ПК-2	Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за детьми и подростками	7, 8, 43, 71, 72, 74, 88, 99, 100, 132, 187, 189, 288, 285, 289, 335, 339, 387, 494, 495, 496
ПК-4	Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей и подростков	58, 59, 60, 61, 62, 63, 76, 101, 132, 151, 192, 193, 194, 195, 260, 267, 271, 303, 304, 379, 385,

		381, 391, 414
ПК-5	Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	1-500
ПК-6	Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи	1-500
ПК-8	Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	69, 70, 318
ПК-9	Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	65, 71, 72, 74, 89

### **Этапы государственной итоговой аттестации**

<b>№ п/п</b>	<b>Наименование этапа</b>	<b>Содержание этапа</b>	<b>Проверяемые компетенции</b>
1	Определение уровня теоретической подготовки	Тестирование	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
2	Определение уровня практической подготовки	Проверка практических навыков и умений	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12
3	Определение уровня профессиональной подготовленности к самостоятельной работе	Устное собеседование – ответы на экзаменационные вопросы	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12

### **Методика проведения этапов государственной итоговой аттестации**

#### **Методика проведения 1 этапа ГИА – тестирования**

Выпускник проходит компьютерное тестирование в компьютерной системе дистанционного обучения (СДО) Moodle, в которой создан банк тестовых заданий по всем разделам дисциплины Детская онкология.

Всего в систему Moodle внесены 500 тестовых заданий (приложение 2).

Тестирование производится в компьютерном классе отдела учебно-методической работы. В ходе теста каждому выпускнику на экране монитора компьютера предъявляются 100 заданий, случайным образом отобранных компьютерной программой из банка тестовых заданий.

Время на выполнение одного тестового задания ограничивается 1 минутой, тем самым общее время на тест не может превышать 100 минут.

Важно подчеркнуть, что подготовленность выпускников к такому испытанию обеспечивается размещением всех 500 тестовых заданий на сайте ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России в разделе «Образование», в подразделе (папке) «Образование», в файле «Программа государственной итоговой аттестации и фонд оценочных средств».

#### **Методика проведения 2 этапа ГИА – проверки практических навыков и умений**

Проверка уровня и качества освоения практических навыков – второй этап государ-

ственной итоговой аттестации. Проверяются навыки, соответствующие квалификационным характеристикам врача-детского онколога.

Осуществляется членами экзаменационной комиссии по результатам сдачи навыков и умений специфического осмотра пациентов, алгоритма назначения пациентам лабораторных анализов и специализированных методов диагностики, алгоритма поведения в стандартизированных клинических ситуациях.

### **Методика проведения 3 этапа ГИА – устного собеседования (ответы на вопросы экзаменационного билета)**

Из 150 экзаменационных вопросов (приложение 1), составляются 30 экзаменационных билетов. В каждом билете – 3 вопроса. Примеры экзаменационных билетов представлены в приложении 3.

Выпускник из разложенных на столе 30 билетов выбирает один и готовится к ответу на вопросы билета в течение не более 30 минут. Затем экзаменационной комиссией проводится устное собеседование с выпускником по вопросам экзаменационного билета.

### **Оценка результатов государственной итоговой аттестации (критерии оценки уровня сформированности универсальных и профессиональных компетенций)**

#### **Оценка результатов 1 этапа ГИА – компьютерного тестирования:**

количество правильно решенных тестовых заданий

- менее 70 % – оценка «неудовлетворительно»;
- 70 % – 79 % – оценка «удовлетворительно»;
- 80 % – 89 % – оценка «хорошо»;
- 90 % и выше – оценка «отлично».

#### **Оценка результатов 2 этапа ГИА – проверки практических навыков и умений:**

оценка «зачтено» – ординатор правильно и полноценно собрал анамнез, обследовал больного, назначил дальнейший план обследования и лечения, правильно оценил результаты всех дополнительных методов обследования, отвечает на заданные вопросы, демонстрирует мануальные навыки в конкретной ситуации при работе самостоятельно и в команде; допускает некоторые неточности (малозначительные ошибки), которые самостоятельно обнаруживает и быстро исправляет, анализирует результаты собственных действий;

оценка «не зачтено» – не смог сформулировать верное первичное представление о пациенте, плохо ориентируется в результатах дополнительного обследования пациента, не ориентирован в основных вопросах специальности, не владеет техникой выполнения мероприятий, установленных программой государственной итоговой аттестации, или делает грубые ошибки при их выполнении, не может самостоятельно исправить ошибки.

#### **Оценка результатов 3 этапа ГИА – устного собеседования:**

Результаты собеседования оцениваются по четырехбалльной системе.

Ответ оценивается на «отлично», если ординатор:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов;



– демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Ответ оценивается на «хорошо», если ординатор:

- дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на все основные и дополнительные экзаменационные вопросы;
- ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах.
- имеются незначительные упущения в ответах.

Ответ оценивается на «удовлетворительно», если ординатор:

- дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Ответ оценивается «неудовлетворительно», если ординатор:

- демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

### **Оценка результатов государственной итоговой аттестации:**

По результатам трех этапов выпускного экзамена по специальности решением экзаменационной комиссии выставляется итоговая оценка. Результаты государственной итоговой аттестации оцениваются по четырехбалльной системе.

Успешно прошедшим итоговую государственную аттестацию считается ординатор, сдавший выпускной экзамен по специальности на положительную оценку («удовлетворительно», «хорошо», «отлично»).

Обучающимся, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования по программе ординатуры по специальности 31.08.14 Детская онкология.

Обучающимся, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной итоговой аттестации оценку «неудовлетворительно», а также лицам, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из Учреждения, выдается справка об обучении или о периоде обучения по образцу, установленному Учреждением.

### **6. Учебно-методическое и информационное обеспечение:**

#### ***а) основная литература:***

1. Атлас по классификации стадий злокачественных опухолей: приложение к 7-му изданию «Руководства по (TNM) классификации стадий злокачественных опухолей» и «Справочника» AJCC: пер. с англ. – 2-е изд. / под ред. А. Д. Каприна, А. Х. Трахтенберга. – М.: Практическая медицина, 2014. – 649 с.
2. Бланк М. А., Бланк О. А. Фитотерапия в онкологии. – СПб.: Роза ветров, 2012. – 480 с.
3. Блок Б. УЗИ внутренних органов. – 2-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 256 с.
4. Болевой синдром в онкологии / под ред. М. Е. Исаковой. – М.: Практическая медицина, 2011. – 384 с.
5. Васильев В. А. Лучевая диагностика заболеваний щитовидной железы: учебное пособие. – Петрозаводск: ПетрГУ, 2011. – 40 с.
6. Введенская Е. С. Паллиативная помощь: быть рядом с больным до конца... – Н. Новгород: Изд-во НГМА, 2011. – 356 с.
7. Великанова Л. П., Гришина Е. И., Кравцова Т. В., Гуреева Л. П., Попов В. П. Во-

просы медицинского права: учебно-методическое пособие / под ред. Л. П. Великановой. – Астрахань, 2011. – 177 с.

8. Венедиктова М. Г., Доброхотова Ю. Э. Онкогинекология в практике гинеколога. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 288 с.

9. Ганцев Ш. Х., Старинский В. В., Рахматуллина И. Р., Кудряшова Л. Н., Султанов Р. З., Сакаева Д. Д. Амбулаторно-поликлиническая онкология: руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014 с. – 448 с.

10. Госпитальная хирургия, детская хирургия: учебно-методический комплекс по дисциплине: практикум / сост. П. И. Младенцев, О. И. Хабарова, Г. Н. Стрижаков, Л. В. Никитина. – Абакан: Хакасский государственный университет им. Н. Ф. Катанова, 2013. – 196 с.

11. Детская онкология: национальное руководство / под ред. М. Д. Алиева, В. Г. Полякова, Г. Л. Менткевича, С. А. Маяковой. – М.: РОНЦ, 2012. – 684 с.

12. Диагностика и лечение злокачественных новообразований: клинические протоколы / под ред. В. И. Чиссова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2013. – 599 с.

13. Елькин В. Д., Митрюковский Л. С., Лысов А. Ю. Практическая дерматоонкология: иллюстрированное справочное руководство по опухолям кожи, опухолеподобным заболеваниям и связанным с ними синдромам. – М.: Практическая медицина, 2014. – 480 с.

14. Еремушкин М. А. Основы реабилитации: учебное пособие. – 3-е изд., стер. – М.: Академия, 2013. – 208 с.

15. Зайратьянц О. В., Кактурский Л. В. Формулировка и сопоставление клинического и патологоанатомического диагнозов: справочник. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2011. – 576 с.

16. Зверева Л., Шмарева Е. Юридическое сопровождение: юридическая помощь онкологическим пациентам. – М.: б. и., 2014. – 91 с.

17. Иванова Н. В. Фолликулярные опухоли щитовидной железы у детей (клиника, диагностика, лечение): Автореф. дис ... канд. мед. наук. – М.:, 2014. – 25 с.

18. Имянитов Е. Н. Молекулярная диагностика в онкологии: учебное пособие. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. – 23 с.

19. Имянитов Е. Н. Молекулярно-генетическое тестирование в онкологии: учебно-методическое пособие. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. – 32 с.

20. Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т. / под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – Т. I. – 960 с.

21. Интенсивная терапия: национальное руководство: в 2 т. / под ред. Б. Р. Гельфанда, А. И. Салтанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – Т. II. – 784 с.

22. Интервенционная радиология в онкологии (пути развития и технологии): научно-практическое издание. – 2-е изд., доп. / под ред. А. М. Гранова, М. И. Давыдова. – СПб.: Фолиант, 2013. – 560 с.

23. Камалов Ю. Р., Сандриков В. А. Руководство по абдоминальной ультразвуковой диагностике при заболеваниях печени. – М., 2010. – 176 с.

24. Камышников В. С. Онкомаркёры: методы определения, референтные значения, интерпретация тестов. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2012. – 128 с.

25. Камышников В. С. Справочник по клинико-биохимическим исследованиям и лабораторной диагностике. – 3-е изд. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 896 с.

26. Каприн А. Д., Абузарова Г. Р., Хороненко В. Э., Алексеева Г. С., Костин А. А., Старинский В. В., Алексеев Б. Я., Александрова Л. М. Фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических пациентов. – М.: МНИОИ им. П. А. Герцена – филиал ФГБУ «ФМИЦ им. П. А. Герцена» Минздрава России, 2015. – 48 с.

27. Качество жизни онкологических больных / под ред. Е. Л. Чойнзонова, Л. Н. Балацкой. – Томск: Печатная мануфактура, 2011. – 152 с.

28. Киселев Ф. Л., Имянитов Е. Н., Киселева Н. П., Левина Е. С. Молекулярная онкология: от вирусной теории к лечению рака. – М.: ГЕОС, 2013. – 152 с.

29. Клименко В. Н. Видеоторакоскопия в диагностике и лечении новообразований легкого, средостения и плевры. – СПб.: Роза Ветров, 2011. – 240 с.
30. Клиническая лабораторная диагностика: национальное руководство: в 2 т. / под ред. В. В. Долгова, В. В. Меньшикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – Т. 1. – 928 с.
31. Клиническая лабораторная диагностика: национальное руководство: в 2 т. / под ред. В. В. Долгова, В. В. Меньшикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – Т. 2. – 808 с.
32. Колыгин Б. А., Кулева С. А. Последствия противоопухолевой терапии у детей. – СПб.: Гиппократ, 2011. – 184 с.
33. Контроль симптомов в паллиативной медицине / под ред. Г. А. Новикова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 248 с.
34. Криволапов Ю. А. Биопсии костного мозга: научно-практическое издание. – М.: Практическая медицина, 2014. – 528 с.
35. Кулева С. А. Первично-множественные опухоли у детей и подростков. – СПб.: Гиппократ, 2013. – 112 с.
36. Кулева С. А., Белогунова М. Б., Рогачев М. В., Савина В. А., Рязанкина А. А., Донских Р. В. Неходжкинские лимфомы у детей: учебно-методическое пособие для обучающихся в системе высшего и дополнительного профессионального образования. – СПб.: НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова. – 2015. – 32 с.
37. Кулева С. А., Карицкий А. П., Колыгин Б. А. Риск-адаптированная терапия лимфомы Ходжкина. – СПб.: Гиппократ, 2012. – 192 с.
38. Ламоткин И. А. Клиническая дерматоонкология: атлас – М.: Бином, Лаборатория знаний, 2011. – 499 с.
39. Леонтьев О. В. Юридические основы медицинской деятельности: учебное пособие. – 3-е изд., испр. и доп. – СПб.: СпецЛит, 2015. – 111 с.
40. Лучевая диагностика болезней сердца и сосудов: национальное руководство / под ред. Л. С. Кокова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 688 с.
41. Лучевая диагностика органов грудной клетки: национальное руководство / под ред. В. Н. Трояна, А. И. Шехтера. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 584 с.
42. Лучевая диагностика и терапия в акушерстве и гинекологии: национальное руководство / под ред. Л. В. Адамяна, В. Н. Демидова, А. И. Гуса, И. С. Обельчака. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 656 с.
43. Лучевая диагностика и терапия в гастроэнтерологии: национальное руководство / под ред. Г. Г. Кармазановского. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 920 с.
44. Лучевая диагностика и терапия заболеваний головы и шеи: национальное руководство / под ред. Т. Н. Трофимовой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 888 с.
45. Лучевая диагностика и терапия в урологии: национальное руководство / под ред. А. И. Громова, В. М. Буйлова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 544 с.
46. Нечипай А. М., Орлов С. Ю., Федоров Е. Д. ЭУСбука: руководство по эндоскопической ультрасонографии. – М.: Практическая медицина, 2013. – 400 с.
47. Новикова Е. Г., Каприн А. Д., Антипов В. А., Шевчук А. С. Атлас операций при злокачественных опухолях женских половых органов / под ред. А. Х. Трахтенберга, В. И. Чиссова, А. Д. Каприна. – М.: Практическая медицина, 2015. – 200 с.
48. Общий уход за больными детьми терапевтического профиля: учебно-методический комплекс: в 2 ч. Для преподавателей / сост. Т. И. Петрова, Н. П. Андреева, Н. Н. Емельянова. – Чебоксары: Изд-во Чуваш. ун-та, 2013. – Ч. 1. – 76 с.
49. Онкология: национальное руководство / под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 1072 с.
50. Онкомаммология / под ред. В. А. Хайленко, Д. В. Комова. – М.: МЕДпресс-информ, 2015. – 328 с.
51. Онкоурология: национальное руководство / под ред. В. Чиссова, Б. Алексеева, И. Русакова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 694 с.
52. Опухолевые серозиты: плевриты, асциты, перикардиты / под ред. В. Ю. Сельчука,

- М. Б. Бычкова, М. В. Киселевского. – М.: Практическая медицина, 2011. – 278 с.
53. Основы лучевой диагностики и терапии: национальное руководство / Под ред. С. К. Тернового. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 992 с.
54. Парентеральное и энтеральное питание: национальное руководство / под ред. М. Ш. Хубутия, Т. С. Поповой, А. И. Салтанова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 800 с.
55. Патологическая анатомия: национальное руководство / под ред. М. А. Пальцева, Л. В. Кактурского, О. В. Зайратьянца. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1264 с.
56. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи: клиническое руководство. – 5-е изд., доп. и перераб. – М.: Практическая медицина, 2013. – 478 с.
57. Первый В. С., Сухой В. Ф. Онкомаркёры: клинко-диагностический справочник. – Ростов н/Д: Феникс, 2012. – 126 с.
58. Питание здорового и больного ребенка: пособие для врачей. – 6-е изд. / под. ред. В. А. Тутельяна, И. Я. Коня, Б. С. Каганова. – М.: Династия, 2012. – 292 с.
59. Практические рекомендации по лекарственному лечению злокачественных опухолей (RUSSCO) / под ред. В. М. Моисеенко. – М.: Общество онкологов-химиотерапевтов, 2013. – 384 с.
60. Практическое руководство по анестезиологии / под ред. В. В. Лихванцева. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: МИА, 2011. – 549 с.
61. Приказ Минздрава России № 193 от 14 апреля 2015 г. Об утверждении порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям. – 30 с.
62. Пунанов Ю. А., Малинин А. П., Сафонова С. А. Детская онкологическая служба в Ленинграде – Санкт-Петербурге: Исторический очерк. – СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2014. – 52 с.
63. Ретинобластома: методические рекомендации / сост. С. А. Кулева. – СПб.: НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, 2014. – 22 с.
64. Риск-адаптированная терапия лимфомы Ходжкина у детей и подростков: методические рекомендации / сост. С. А. Кулева, Т. Ю. Семиглазова. – СПб.: НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, 2014. – 21 с.
65. Рич Джером П., Амико Энтони В. Д'. Онкоурология: пер. с англ. – М.: БИНОМ, 2011. – 896 с.
66. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. – 4-е изд., расширенное и дополненное / под ред. Н. И. Переводчиковой, В. А. Горбуновой. – М.: Практическая медицина, 2015. – 688 с.
67. Рыбакова М. К., Митьков В. В. Дифференциальная диагностика в эхокардиографии: С приложением DVD-ROM «Дифференциальная диагностика в эхокардиографии». – М.: Видар-М, 2011. – 232 с.
68. Рязанкина А. А., Розенгард С. А., Квашнин А. В., Беляев А. М., Донских Р. В., Карицкий А. П., Рогачев М. В., Кулева С. А., Пономарева О. И., Васильев М. В. Схемы терапии синдрома рак-обусловленной слабости: учебное пособие для обучающихся в системе высшего и дополнительного профессионального образования. – СПб.: НИИ онкологии им. Н.Н. Петрова, 2016. – 32 с.
69. Рязанкина А. А., Розенгард С. А., Квашнин А. В., Донских Р. В., Карицкий А. П., Пономарева О. И., Семилетова Ю. В., Васильев М. В., Рогачев М. В., Кулева С. А. НПВС: анальгетические и противовоспалительные свойства: учебное пособие. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2015. – 60 с.
70. Рязанкина А. А., Розенгард С. А., Семиглазова Т. Ю., Квашнин А. В., Огородников В. В. Семилетова Ю. В. Нарушения водно-электролитного баланса у паллиативных пациентов прогрессирующим раком и его коррекция в амбулаторных и домашних условиях: учебное пособие. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2014. – 25 с.
71. Савва Н. Н., Падалкин В. П., Кумирова Э. В., Поляков В. Г., Николаева Н. М., Притыко А. Г., Масчан А. А. Фармакотерапия персистирующей боли у детей и подростков и ее нормативно-правовое регулирование при оказании паллиативной помощи: учебное посо-

бие. – М.: ГБОУ ДПО РМАПО, 2014. – 120 с.

72. Собин Л. Х., Господарович М. К., Виттекинд К. TNM. Классификация злокачественных опухолей: пер с англ. – М.: Логосфера, 2011. – 288 с.

73. Современные методы диагностики и реабилитации детей с заболеваниями органов пищеварения: практическое руководство для врачей / сост. И. Н. Егорова. – Чебоксары: АУ Чувашии ИУВ, 2011. – 98 с.

74. Современные проблемы и достижения детской онкологии: II-я конференция детских онкологов Северо-Западного региона России, г. Санкт-Петербург, 3 октября 2014 г.: сборник тезисов. – СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2014. – 123 с.

75. Стуков А. Н., Гершанович М. Л., Бланк М. А., Бланк О. А., Вершинина С. Ф., Махнова Е. В., Семиглазова Т. Ю., Филатова Л. В., Чубенко В. А. Осложнения противоопухолевой терапии / под ред. М. Л. Гершановича, М. А. Бланка. – СПб.: Роза ветров, 2013. – 376 с.

76. Стуков А. Н., Гершанович М. Л., Бланк М. А., Бланк О. А., Махнова Е. В. Противоопухолевые лекарственные средства / под ред. М. Л. Гершановича, М. А. Бланка. – СПб.: НИКА, 2011. – 648 с.

77. Трансфузиология: национальное руководство / под ред. А. А. Рагимова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 1184 с.

78. Трахтенберг А. Х., Колбанов К. И. Рак легкого / под ред. В. И. Чиссова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 160 с.

79. Тэмл Х., Диам Х., Хаферлах Т. Атлас по гематологии: практическое пособие по морфологической и клинической диагностике: пер. с англ. – 2-е изд. / под ред. В. С. Камышникова. – М.: МЕДпресс-информ, 2014. – 208 с.

80. Фролова Е. Я., Филатов В. Н. Здоровый образ жизни: учебно-методическое пособие. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. – 20 с.

81. Фролова Е. Я., Филатов В. Н. Состояние здоровья населения и организация здравоохранения в современных условиях: учебно-методическое пособие. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова, 2013. – 24 с.

82. Хофер М. Компьютерная томография. Базовое руководство. – 3-е изд., перераб. и доп. – М.: Медицинская литература, 2011. – 232 с.

83. Хронические прогрессирующие заболевания у детей, требующие принятия медико-социальных решений (на основании опыта Санкт-Петербургского Детского хосписа): сборник научно-практических работ / под ред. А. С. Симаходского, прот. Александра Ткаченко, Л. В. Эрмана – СПб.: Типография Михаила Фурсова, 2014. – 196 с.

84. Хрячков В. В., Федосов Ю. Н., Давыдов А. И., Шумилов В. Г., Федько Р. В. Эндоскопия. Базовый курс лекций: учебное пособие. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 160 с.

85. Чебнэр Б. Э., Линч Т. Дж., Лонго Д. Л. Руководство по онкологии: пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 656 с.

86. Чернеховская Н. Е., Гейниц А. В., Ловачева О. В., Поваляев А. В. Лазеры в эндоскопии. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 144 с.

87. Чернеховская Н. Е., Федченко Г. Г., Андреев В. Г., Поваляев А. В. Рентгеноэндоскопическая диагностика заболеваний органов дыхания: учебное пособие. – 2-е изд., испр. и доп. – М.: МЕДпресс-информ, 2011. – 256 с.

88. Чулкова В. А. Информирование онкологического больного: учебное пособие. – СПб.: СПбМАПО, 2011. – 54 с.

89. Чулкова В. А. Информирование онкологического больного: учебное пособие. – СПб.: Ладога, 2013. – 68 с.

90. Чулкова В. А., Комяков И. П., Карелов А. Е., Демин Е. В., Донских Р. В. Эмоциональное выгорание врачей-онкологов и медицинских сестер онкологической клиники: учебное пособие. – СПб.: СЗГМУ им. И.И. Мечникова. – 2012. – 30 с.

91. Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Демин Е. В., Рогачев М. В. Психологические аспекты взаимодействия врача с онкологическим пациентом: учебное пособие. – СПб.: НИИ

онкологии им. Н.Н. Петрова. – 2015. – 40 с.

92. Чулкова В. А., Пестерева Е. В., Комяков И. П., Демин Е. В., Карелов А. Е. Профессиональная позиция врача-онколога: учебное пособие. – СПб.: СЗГМУ им И. И. Мечникова, 2014. – 28 с.

**б) дополнительная литература:**

1. Алгоритмы диагностики и лечения злокачественных новообразований. – 2-е изд., перераб. и доп. / под ред. В. И. Чиссова. – М.: МНИОИ им. П.А. Герцена, 2010. – 543 с.

2. Асахин С. М., Вальков М. Ю. Основы радиотерапии: учебное пособие. – Архангельск: СГМУ, 2008. – 127 с.

3. Атлас онкологических операций / под ред. В. И. Чиссова, А. Х. Трахтенберга, А. И. Пачеса. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 632 с.

4. Берснев В. П., Хачатрян В. А., Маматханов М. Р., Мацко Д. Е. Хирургия опухолей третьего желудочка головного мозга у детей / под ред. В. П. Берснева. – СПб.: РНХИ им. проф. А. Л. Поленова, 2007. – 320 с.

5. Дерматоонкология / под ред. Г. А. Галил-Оглы, В. А. Молочкова, Ю. В. Сергеева. – М.: Медицина для всех, 2005. – 872 с.

6. Детская онкология: руководство для врачей / под ред. М. Б. Белогуровой. – СПб.: СпецЛит, 2002. – 352 с.

7. Детская хирургия: национальное руководство / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ф. Дронова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 1168 с.

8. Имянитов Е. Н., Хансон К. П. Молекулярная онкология: клинические аспекты. – СПб.: СПбМАПО, 2007. – 212 с.

9. Интраоперационная электронная и дистанционная гамма-терапия злокачественных новообразований / под ред. Е. Л. Чойнзонова, Л. И. Мусабаевой. – Томск: НТЛ, 2006. – 216 с.

10. Клиническая онкогематология: руководство для врачей. – 2-е изд., перераб. и доп. / под ред. М. А. Волковой. – М.: Медицина, 2007. – 1120 с.

11. Клиническая онкология (избранные лекции): для врачей общей практики и онкологов: в 2 т. / под ред. В. М. Моисеенко, А. Ф. Урманчеевой. – СПб.: СПбМАПО, 2006. – Т. 1. – 176 с.

12. Клиническая онкология (избранные лекции): для врачей общей практики и онкологов: в 2 т. / под ред. В. М. Моисеенко, А. Ф. Урманчеевой. – СПб.: СПбМАПО, 2006. – Т. 2. – 256 с.

13. Колыгин Б. А., Кобиков С. Х. Лимфогранулематоз (лимфома Ходжкина) у детей и подростков. – СПб.: Гиппократ, 2008. – 264 с.

14. Колыгин Б. А., Кулева С. А. Диагностика и лечение лимфомы Ходжкина. – СПб.: Гиппократ, 2009. – 208 с.

15. Комплексная диагностика злокачественных новообразований забрюшинной локализации у детей: пособие для врачей / сост. Б. А. Колыгин, А. Г. Веснин, А. П. Малинин, Ю. А. Пунанов, Л. А. Красильникова, К. П. Гайдаенко. – СПб.: НИИО им. Н.Н. Петрова, 1997. – 20 с.

16. Корман Д. Б. Основы противоопухолевой химиотерапии. – М.: Практическая медицина, 2006. – 512 с.

17. Лейкозы у детей / под ред. Г. Ш. Менткевича, С. А. Маяковой. – М.: Практическая медицина, 2009. – 384 с.

18. Лучевая диагностика в педиатрии: национальное руководство / под ред. А. Ю. Васильева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 368 с.

19. Лучевая диагностика в стоматологии: национальное руководство / под ред. А. Ю. Васильева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 288 с.

20. Лучевая диагностика злокачественных опухолей опорно-двигательного аппарата: пособие для онкологов, рентгенологов, врачей ультразвуковой диагностики / сост. А. Г. Вес-

- нин, И. И. Семенов, Г. И. Гафтон, А. Н. Зайцев. – СПб.: НИИО им. Н.Н. Петрова, 1999. – 19 с.
21. Маммология: национальное руководство / под ред. В. П. Харченко, Н. И. Рожковой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 328 с.
22. Меддер У. Лучевая диагностика. Голова и шея: пер. с англ. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 304 с.
23. Михаэль А. Вейнер, Митчелл С. Кейро. Секреты детской онкологии и гематологии: пер. с англ. – М.-СПб.: Бином, Диалект, 2008. – 272 с.
24. Моисеенко В. М., Семенова А. И. Саркома Юинга: пособие для врачей-онкологов. – СПб.: НИИО им. Н.Н. Петрова, 2010. – 28 с.
25. Моисеенко В. М., Чулкова В. А. Психоонкология: пособие для врачей. – СПб.: СПбМАПО, 2007. – 38 с.
26. Муравьев В. Ю., Иванов А. И., Муравьева И. В. Эндоскопия гортани, трахеи, бронхов, пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки. – Казань: Новое знание, 2009. – 114 с.
27. Национальное руководство по радионуклидной диагностике / под ред. Ю. Б. Лишманова, В. И. Чернова. – Томск: STT, 2010. – 688 с.
28. Нейтронная терапия злокачественных новообразований / под ред. Л. И. Мусабоевой, В. А. Лисина. – Томск: НТЛ, 2008. – 288 с.
29. Нейштадт Э. Л., Маркочев А. Б. Опухоли и опухолеподобные заболевания костей. – СПб.: Фолиант, 2007. – 344 с.
30. Обезболивание при раке (с описанием системы обеспечения больных опиоидными препаратами). – Женева, 1996. – 70 с.
31. Онкология. Заболевания крови. Стандарты оказания медицинской помощи. Типовые клинико-фармакологические статьи: справочник для практических врачей Ремедиум-Врач. – М.: Ремедиум, 2009. – 207 с.
32. Оптимизация лечебной тактики у детей с лимфомой Ходжкина: медицинская технология / сост. Б. А. Колыгин, Н. В. Кочурова, С. А. Кулева, С. В. Лебедев. – СПб.: НИИО им. Н.Н. Петрова, 2005. – 17 с.
33. Оптимизация лечения опухоли Вильмса у детей: пособие для врачей / сост. Б. А. Колыгин, В. И. Новик, Л. А. Красильникова, Ю. А. Пунанов, А. Г. Веснин, Г. И. Гафтон, Н. В. Кочурова. – СПб.: НИИО им. Н.Н. Петрова, 2003. – 19 с.
34. Орлова Р. В., Протасова А. Э. Осложнения цитостатической терапии: Фебрильная нейтропения. Инфекционно-токсический шок: пособие для врачей-онкологов. – СПб.: СПбМАПО, 2010. – 26 с.
35. Ошибки в клинической онкологии: руководство для врачей / под ред. В. И. Чисова, А. Х. Трахтенберга. – 3-е изд., испр. и доп. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 768 с.
36. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 1. – 1024 с.
37. Педиатрия: национальное руководство: в 2 т. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Т. 2. – 1024 с.
38. Педиатрия: пер. с англ. доп. / под ред. Н. Н. Володина, В. П. Булатова, М. Р. Рокицкого, Э. Г. Улумбекова. – М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1996. – 833 с. (Pediatrics / ed. by P. Dworkin/ – Philadelphia, Harval Publishing).
39. Пунанов Ю. А. Актуальные вопросы диагностики и лечения злокачественных лимфом у детей. – СПб.: Деловая полиграфия, 2004. – 158 с.
40. Пунанов Ю. А., Кулева С. А., Сафонова С. А., Туркевич Е. А., Новик В. И., Красильникова Л. А., Малинин А. П., Гафтон Г. И., Крживицкий П. И., Климашевский В. Ф. Диагностика и лечение остеосаркомы у детей и подростков: усовершенствованная медицинская технология. – СПб.: НИИО им. Н.Н. Петрова, 2008. – 17 с.
41. Рязанкина А. А., Квашнин А. В. Оценка трофологического статуса при раковой кахексии: пособие для онкологов. – СПб.: СПбМАПО, 2010. – 28 с.

42. Справочник по онкологии / под ред. В. М. Моисеенко. – СПб.: Центр ТОММ, 2008 – 258 с.
43. Стандарты оказания специализированной помощи детям и подросткам с гематологическими и онкологическими заболеваниями. – М.: ИД Медпрактика-М, 2009. – 576 с.
44. Стуков А. Н., Гершанович М. Л., Бланк М. А., Бланк О. А., Нейштадт Э. Л., Филов В. А. Лекарственная терапия опухолей / под ред. М. Л. Гершановича, М. А. Бланка. – СПб.: Ника, 2009. – 647 с.
45. Уилкоккс Мел У., Муньос-Навас Мигель, Санг Джозеф Дж. Й. Атлас клинической гастроинтестинальной эндоскопии: пер. с англ. – 2-е изд. – М.: Практическая медицина, 2010. – 483 с.
46. Урология по Дональду Смиту / под ред. Э. Танахо, Дж. Маканинча. – М.: Практика, 2005. – 819 с.
47. Фишер У., Люфтнер-Нагель С., Баум Ф. – Лучевая диагностика. Заболевания молочных желез. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 256 с.
48. Фтизиатрия: национальное руководство / под ред. М. И. Перельмана. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 512 с.
49. Чернеховская Н. Е., Андреев В. Г., Поваляев А. В. Диагностическая лапароскопия. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 136 с.
50. Чернеховская Н. Е., Андреев В. Г., Поваляев А. В. Оперативная лапароскопия. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 192 с.
51. Чулкова В. А., Комяков И. П., Блинов Н. Н. Психологическая помощь больным лимфопролиферативными заболеваниями: пособие для врачей. – СПб.: НИИО им. Н.Н. Петрова, 2005. – 25 с.
52. Шмидт Г. Ультразвуковая диагностика: практическое руководство. – М.: МЕДпресс-информ, 2009. – 559 с.
53. Штаатц Г., Хоннеф Д., Пирот В., Радков Т. Лучевая диагностика. Детские болезни. – М.: МЕДпресс-информ, 2010. – 400 с.
54. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / под ред. С. А. Блашенцевой. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 520 с.

## **Журналы**

1. Вестник онкологического научного центра АМН России
2. Вместе против рака
3. Вопросы детской онкологии
4. Вопросы онкологии
5. Детская онкология
6. Злокачественные опухоли
7. Клиническая онкогематология
8. Колопроктология
9. Креативная хирургия и онкология
10. Лучевая диагностика и терапия
11. Онкогематология
12. Онкоурология
13. Онкохирургия
14. Правовые вопросы в здравоохранении
15. Практическая онкология
16. Проблемы гематологии и переливания крови
17. Радиация и риск
18. Радиология-практика
19. Разработка и регистрация лекарственных средств
20. Саркомы костей, мягких тканей и опухоли кожи



21. Сопроводительная терапия в онкологии
22. Фармакология и токсикология
23. Journal of clinical oncology
24. Abstracts of cancer chemotherapy
25. British journal of cancer
26. CA. Cancer journal for clinicians
27. European journal of cancer
28. European journal Surgical oncology
29. International journal cancer
30. Journal American medical association
31. Journal national cancer institute
32. Mutation research
33. Not worry
34. The oncologist
35. Pathology oncology research
36. Radiation research

***в) программное обеспечение:***

1. Windows 7 Enterprise
2. Windows Thin PC MAK
3. Windows Server Standard 2008 R2
4. Microsoft Office Standard 2010 with SP1
5. Microsoft Office Professional Plus 2013 with SP1
6. Microsoft Office Professional Plus 2007
7. IBM SPSS Statistics Base Authorized User License
8. Программный комплекс «Планы» версии «Планы Мини» лаборатории ММиИС
9. Система дистанционного обучения «Moodle»
10. ABBYY FineReader 12 Professional Full Academic

***г) базы данных, информационно-справочные системы:***

11. Moodle
12. Научная электронная библиотека: электронные научные информационные ресурсы зарубежного издательства Elsevier, [www.elsevier.ru](http://www.elsevier.ru)
13. Научная электронная библиотека: электронные научные информационные ресурсы зарубежного издательства Springer, [www.springer.com](http://www.springer.com)
14. Научная электронная библиотека: [elibrary.ru](http://elibrary.ru)
15. Научная электронная библиотека диссертаций и авторефератов: [www.dissercat.com](http://www.dissercat.com)
16. Министерство здравоохранения РФ: [www.rosminzdrav.ru](http://www.rosminzdrav.ru)
17. Комитет по здравоохранению Санкт-Петербурга: [zdrav.spb.ru](http://zdrav.spb.ru)
18. Комитет по здравоохранению Ленинградской области: [www.health.lenobl.ru](http://www.health.lenobl.ru)
19. Научная сеть: [scipeople.ru](http://scipeople.ru)
20. Российская национальная библиотека: [www.nlr.ru](http://www.nlr.ru)

**Интернет-сайты**

**Отечественные:**

- <http://www.rosoncweb.ru>
- <http://www.hematology.ru>
- <http://oncology.ru>

- <http://www.doktor.ru/onkos>
- <http://03.ru/oncology>
- [http://science.rambler.ru/db/section\\_page.html?s=111400140&ext\\_sec=](http://science.rambler.ru/db/section_page.html?s=111400140&ext_sec=)
- <http://www.consilium-medicum.com/media/onkology>
- <http://www.esmo.ru>
- <http://www.lood.ru>
- <http://www.niioncologii.ru>

#### **Зарубежные:**

- <http://www.mymedline.com/cancer>
- <http://www.biomednet.com>
- <http://www.cancerbacup.org.uk>
- <http://www.cancerworld.org/ControlloFL.asp>
- <http://www.bioscience.org>
- <http://www.medicalconferences.com>
- <http://www.meds.com>
- <http://oncolink.upenn.edu>
- <http://www.chemoemboli.ru>
- <http://www.cancernetwork.com>
- <http://www.sgo.org>
- <http://www.elsevier.com/inca/publications/store>
- <http://auanet.org>
- <http://www.eortc.be/home/gugroup>
- <http://uroweb.nl/eau>
- <http://www.urolog.nl>
- <http://www.breastcancer.net>
- <http://www.iaslc.org>
- <http://www.elsevier.nl/gejng/10/30/34/show>
- <http://www.pain.com/cancerpain/default.cfm>
- <http://www.lib.uiowa.edu/hardin/md/ej.html>
- [http://www.cancer.gov/search/cancer\\_literature](http://www.cancer.gov/search/cancer_literature)
- <http://highwire.stanford.edu>
- <http://www.asco.org>
- <http://www.esmo.org>

#### ***д) нормативные правовые акты:***

1. Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации».
2. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
3. Федеральный закон от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации».
4. Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 01.07.2013 № 499 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по дополнительным профессиональным программам».
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08.10.2015 № 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки».

6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23.07.2010 № 541н «Об утверждении единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих», раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения».

7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31.10.2012 № 560 (ред. от 02.09.2013) «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Детская онкология».

8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 14.04.2015 № 193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям».

9. Приказ Минздравсоцразвития РФ от 04.05.2012 № 477н «Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи».

## **7. Материально-техническое обеспечение дисциплины**

10 лекционных аудиторий и учебных кабинетов, оснащенных посадочными местами, столами, мелом, доской и экраном с возможностью видеотрансляций мастер-классов и других мероприятий в аудитории.

Локальная вычислительная сеть на 100 рабочих станций и беспроводная сеть для комфортной работы с компьютерами (ноутбуками) в каждом отделе, отделении и лаборатории со свободным выходом пользователей сети в Интернет:

- оборудование для видеоконференцсвязи с возможностью видеотрансляций и обратной связью в любых лекционных аудиториях и учебных классах,
- Wi-Fi в любых лекционных аудиториях и учебных классах,
- компьютеры с выходом в Интернет – 350;
- компьютерный класс,
- мультимедийные комплексы (ноутбуки – 10, мультимедийные проекторы – 10).

## **Приложение 1**

### **Фонд оценочных средств**

#### **Перечень вопросов для собеседования по специальности «Детская онкология» для проведения итоговой государственной аттестации и сертификационного экзамена у ординаторов**

1. История онкологии. Роль Николая Николаевича Петрова в организации и становлении онкологической помощи в России. История развития детской онкологии в России.
2. Организация онкологической помощи детям в России.
3. Заболеваемость и смертность детей со злокачественными новообразованиями.
4. Виды профилактики в онкологии.
5. Принципы медико-социальной экспертизы (МСЭ) и реабилитации детей с онкопатологией.
6. Понятие об опухоли и её метастазировании.
7. Гистогенетический принцип построения классификации злокачественных опухолей.
8. Локализационный принцип классификации злокачественных опухолей у детей.
9. Морфологическая характеристика доброкачественных опухолей.
10. Морфологическая характеристика злокачественных опухолей.
11. Особенности морфологической структуры злокачественных опухолей у детей.
12. Способы получения материала для цитологической и гистологической верификации.

ции диагноза в детской онкологии.

13. Биология нормальной и опухолевой клеток.
14. Этиология злокачественных опухолей у детей.
15. Эпидемиология злокачественных опухолей у детей.
16. Связь злокачественных опухолей у детей с генетическими заболеваниями.
17. Общие принципы диагностики злокачественных новообразований у детей.
18. Организация скрининга злокачественных новообразований в России. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактики рака. Цитологический скрининг в онкологии.
19. Возможности ранней диагностики злокачественных опухолей у детей.
20. Факторы прогноза в лечении злокачественных опухолей у детей.
21. Диагностические исследования в детской онкологии.
22. Роль молекулярно-биологических и генетических исследований в детской онкологии.
23. Опухолевые маркёры и их роль в онкологии.
24. Радионуклидная диагностика в детской онкологии.
25. Дифференциальная диагностика при увеличении периферических лимфатических узлов у детей.
26. Способы получения материала для цитологической и гистологической верификации диагноза.
27. Люмбальная пункция. Показания и противопоказания к выполнению, осложнения.
28. Методы получения костного мозга для исследования. Показания и противопоказания.
29. Общие принципы и особенности лечения опухолей у детей.
30. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей у детей.
31. Возможности органосохраняющего оперативного лечения у детей со злокачественными новообразованиями.
32. Биопсия периферических лимфатических узлов. Показания и противопоказания к выполнению. Техника выполнения. Особенности забора материала у детей.
33. Амбулаторная хирургия в детской онкологии.
34. Малоинвазивная хирургия в детской онкологии.
35. Криогенные технологии в детской онкологии.
36. Лазерные технологии в детской онкологии.
37. Общие принципы лучевой терапии злокачественных опухолей у детей.
38. Осложнения лучевой терапии злокачественных новообразований у детей.
39. Отдаленные последствия лучевой терапии у детей со злокачественными опухолями.
40. Общие принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей и пути введения противоопухолевого вещества.
41. Понятие неoadъювантной и адъювантной химиотерапии. Задачи лекарственной терапии.
42. Сопроводительная терапия в детской онкологии.
43. Неотложные состояния в детской онкологии.
44. Септический шок в детской онкологии.
45. Синдромы верхней и нижней полых вен при онкологических заболеваниях.
46. Синдром «лизиса опухоли» (клинические проявления, профилактика, лечение).
47. Осложнения химиотерапии у детей.
48. Профилактика и лечение осложнений лекарственной терапии злокачественных опухолей.
49. Отдаленные последствия лечения злокачественных опухолей у детей.
50. Паллиативная медицинская помощь в детской онкологии.
51. Болевой синдром в детской онкологии. Диагностика. Фармакология препаратов,

применяемых для лечения. Профилактика.

52. Психологические аспекты в детской онкологии.
53. Наследственные синдромы в детской онкологии.
54. Паранеопластические синдромы. Классификация и значение.
55. Вторичные опухоли у детей.
56. Ретинобластома у детей. Клиника, диагностика, лечение.
57. Особенности хирургического лечения ретинобластомы.
58. Методы консервативной терапии ретинобластомы (показания, противопоказания).
59. Рабдомиосаркома орбиты у детей (клиника, диагностика, лечение).
60. Опухоли слюнных желез у детей.
61. Опухоли полости носа и придаточных пазух у детей.
62. Рак щитовидной железы у детей (клиника, диагностика, лечение).
63. Внеорганные опухоли шеи у детей. Классификация. Диагностика. Лечение.
64. Опухоли средостения у детей. Классификация. Диагностика. Лечение.
65. Дифференциальная диагностика новообразований средостения.
66. Плевриты у детей. Этиология. Диагностика. Лечение.
67. Метастатическое поражение легких в детском возрасте.
68. Основные клинические проявления опухолей печени у детей.
69. Гепатобластома у детей (клиника, диагностика, лечение).
70. Гепатоцеллюлярный рак у детей (эпидемиология, диагностика, лечение).
71. Опухоли почек у детей (клиника, диагностика, лечение).
72. Опухоль Вильмса (нефробластома), клиника, диагностика, лечение.
73. Двусторонняя опухоль Вильмса у детей (клиника, диагностика, лечение).
74. Неоадьювантная и адьювантная терапия опухоли Вильмса.
75. Показания для лучевой терапии при опухоли Вильмса.
76. Принципы хирургического лечения опухоли Вильмса.
77. Рак почки у детей: ренальные и экстраренальные симптомы, принципы диагностики и лечения.
78. Герминогенные опухоли у детей. Этиология. Классификация.
79. Дисгерминома яичника. Принципы лечения.
80. Герминогенные опухоли крестцово-копчиковой области. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
81. Принципы лекарственной терапии при герминогенных опухолях.
82. Опухоли яичек (классификация, клиника, диагностика, лечение).
83. Мастопатия и опухолеподобные поражения молочной железы у детей.
84. Доброкачественные новообразования кожи у детей (клиника, диагностика, лечение).
85. Пигментные невусы у детей: классификация, факторы, способствующие их озлокачествлению, диагностика и лечение.
86. Меланома у детей (клиника, диагностика, лечение).
87. Саркомы мягких тканей у детей (клиника, диагностика, лечение).
88. Дифференциальная диагностика опухолей костей у детей.
89. Доброкачественные образования костей (клиника, диагностики, лечение).
90. Злокачественные опухоли костей у детей (клиника, дифференциальная диагностика, лечение).
91. Остеогенная саркома у детей (клиника, диагностика, лечение).
92. Показания и противопоказания для органосохраняющего лечения остеогенной саркомы.
93. Опухоли семейства саркомы Юинга у детей (клиника, диагностика, лечение).
94. Саркома Юинга у детей. Диагностика. Лечение.
95. Факторы прогноза при саркоме Юинга у детей.
96. Роль лекарственной терапии саркомы Юинга у детей.

97. Показания для лучевой терапии при саркоме Юинга у детей.
98. Хондросаркома у детей (клиника, диагностика, лечение).
99. Нейрогенные опухоли у детей (локализация, этиология, дифференциальная диагностика).
100. Нейробластома забрюшинного пространства у детей (клиника, диагностика, лечение).
101. Рабдомиосаркома у детей (локализация, морфологические особенности, дифференциальная диагностика).
102. Рабдомиосаркома мочевого пузыря у детей (клиника, диагностика, лечение).
103. Основные клинические проявления острого лейкоза у детей.
104. Острый миелобластный лейкоз у детей (клиника, диагностика, лечение).
105. Диагностика и клиника нейрорлейкемии.
106. Острый лимфобластный лейкоз у детей (клиника, диагностика, лечение).
107. Прогностические факторы при острых лейкозах.
108. Цитохимические и цитогенетические методы в диагностике различных вариантов лейкозов.
109. Дифференциальный диагноз острого лейкоза с лейкомоидными реакциями, анемиями различного генеза, миелодиспластическим синдромом.
110. Этапность и принципы лекарственной терапии острого лейкоза (индукция, консолидация, реиндукция, поддерживающая терапия).
111. Показания для аллогенной и аутологичной трансплантации стволовых клеток при острых лейкозах.
112. Возможности лучевой терапии в лечении нейрорлейкемии при остром лейкозе.
113. Хронический лейкоз у детей.
114. Основные клинические проявления хронического лейкоза у детей.
115. Роль высокодозной полихимиотерапии с аутотрансплантацией гемопоэтических стволовых клеток в лечении лейкозов у детей.
116. Дифференциальный диагноз хронического миелорлейкоза и остеомелосклероза.
117. Основные клинические проявления злокачественных лимфом у детей.
118. Лимфома Ходжкина у детей (клиника, диагностика, лечение).
119. Лимфома Ходжкина у детей (прогностические факторы неблагоприятного прогноза).
120. Роль позитронно-эмиссионной томографии (ПЭТ) в диагностике лимфомы Ходжкина.
121. Особенности лучевой терапии при лимфоме Ходжкина.
122. Принципы лекарственной терапии лимфомы Ходжкина у детей.
123. Неходжкинские лимфомы у детей (клиника, диагностика, лечение).
124. В-клеточные неходжкинские лимфомы у детей (клиника, диагностика, лечение).
125. Т-клеточные неходжкинские лимфомы у детей (клиника, диагностика, лечение).
126. Особенности неходжкинских лимфом у детей.
127. Клиническая картина неходжкинских лимфом в зависимости от локализации.
128. Нейрорлейкемия (диагностика, профилактика и лечение).
129. Принципы стратификации больных неходжкинскими лимфомами на группы риска.
130. Лангергансовоклеточный гистиоцитоз (клиника, диагностика, лечение).
131. Гистиоцитарная саркома (клиника, диагностика, лечение).
132. Нейробластома (клиника, диагностика, лечение).
133. Нейробластома IVS ст. (клиника, диагностика, лечение, прогноз).
134. Герминогенные опухоли центральной нервной системы у детей (клиника, диагностика, лечение).
135. Новообразования кровеносных и лимфатических сосудов у детей.
136. Гемангиомы, лимфангиомы у детей.
137. Синдром Казабаха-Мерритт (клиника, диагностика, лечение).

138. Эмбриональные опухоли центральной нервной системы у детей (клиника, диагностика, лечение).
139. Основные клинические проявления опухолей головного мозга у детей.
140. Менингиомы у детей (клиника, диагностика, лечение).
141. Медуллобластома у детей (клиника, диагностика, лечение).
142. Принципы лекарственного лечения медуллобластом у детей.
143. Особенности лучевой терапии медуллобластомы у детей.
144. ПНЭО центральной нервной системы (клиника, диагностика, лечения).
145. Эпендимома у детей (клиника, диагностика, лечение).
146. Опухоли гипофиза у детей.
147. Опухоли спинного мозга у детей.
148. Метастатические опухоли головного мозга у детей.
149. Опухоли ствола головного мозга (клиника, диагностика, лечение, прогноз).
150. Базовые принципы наблюдения за детьми, перенесшими злокачественное заболевание.

## Приложение 2

### Фонд оценочных средств

#### Перечень тестовых заданий по специальности «Детская онкология» для проведения государственной итоговой аттестации и сертификационного экзамена у ординаторов

1. Среди злокачественных опухолей, встречающихся в детском возрасте, можно выделить:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	эмбриональные опухоли	
б	ювенильные опухоли	
в	опухоли взрослого типа	
г	все вышеперечисленное	+

2. Особенности опухолей детского возраста являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	преобладание опухолей мезенхимальной природы (сарком) над эпителиальными новообразованиями (карциномами)	
б	отсутствие предопухолевых заболеваний	
в	реверсия опухоли в более доброкачественный вариант	
г	все вышеперечисленное	+

3. У детей в возрасте до 5 лет преобладают следующие злокачественные опухоли

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	остеогенная саркома и синовиальная саркома	
б	рак щитовидной железы	
в	нейробластома и нефробластома	+
г	все вышеперечисленное	

4. Злокачественные опухоли могут быть вызваны под воздействием

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	полициклических ароматических углеводородов	

б	ионизирующего излучения	
в	ретровирусов	
г	все ответы правильны	+

5. Синдром сдавления верхней полой вены у детей характерен для

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нейробластомы средостения	
б	неходжкинской лимфомы	+
в	рака молочной железы	
г	острой пневмонии	

6. Особенности, связанные с лечением детей со злокачественными опухолями:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нарушение топографо-анатомических соотношений при многих опухолях в связи с врожденным характером	
б	большие оперативные вмешательства у маленьких детей	
в	высокая чувствительность большинства опухолей у детей к ионизирующему излучению и химиопрепаратам	
г	повреждающее действие ионизирующего излучения на зоны роста и репродуктивную функцию	
д	все перечисленное	+

7. Рентгенологическое томографическое исследование органов грудной полости позволяет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	определить точную локализацию и распространенность процесса	
б	изучить состояние трахеи и бронхов	
в	изучить состояние сегментарных бронхов	
г	уточнить состояние лимфатических узлов средостения и корней легких	
д	все ответы правильны	+

8. К достоинствам метода ультразвуковой диагностики относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	неинвазивный характер исследования	
б	безвредность	
в	отсутствие противопоказаний	
г	высокая информативность	
д	все ответы правильны	+

9. Эффективность излечения ранних форм рака достигает

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	80-100 %	+
б	60-80 %	
в	40-60 %	
г	20-40 %	

10. К местно-региональному методу лечения злокачественных новообразований относится:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	хирургическое	+



б	химиотерапия	
в	гормонотерапия	
г	иммуноterapia	

11. При осуществлении хирургического лечения больных со злокачественными новообразованиями основными принципами является соблюдение:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	радикальности	
б	абластичности	
в	применение антибластических методов	
г	всех перечисленных	+

12. Для повышения радиочувствительности опухоли не применяется:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	гипербарическая оксигенация	
б	гипертермия	
в	гипергликемия	
г	введение эстрогенных гормонов	+

13. При какой злокачественной опухоли противоопухолевые химиопрепараты могут применяться самостоятельно как радикальный метод лечения:

Поле для выбора ответа	варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	хорионэпителиома матки	+
б	плоскоклеточный ороговевающий рак легкого	
в	аденокарцинома желудка	
г	остеогенная саркома	

14. Для злокачественной опухоли не характерно:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	перенос опухолевых клеток с током крови	
б	перенос опухолевых клеток с током лимфы	
в	прорастание в окружающие ткани	
г	оттеснение окружающих тканей	+

15. Рак возникает из ткани

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	мышечной	
б	сосудистой	
в	эпителиальной	+
г	лимфатической	

16. С воздействием вируса не связывают возникновение

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	рака шейки матки	
б	рака печени	
в	рака желудка	+
г	рака носоглотки	

17. При лечении злокачественных опухолей мягких тканей применение лучевой терапии наиболее целесообразно

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	как самостоятельный метод лечения	
б	в предоперационном периоде	
в	в послеоперационном периоде	
г	правильно б и в	+

18. Соблюдение принципа зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	на обеспечение антибластики	
б	на обеспечение абластики	+
в	на снижение риска хирургических вмешательств	
г	на максимальное сохранение функции органа	

19. Факторами, предрасполагающими к тромбоэмболии легочной артерии, являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	длительная катетеризация крупных вен	
б	операция на органах малого таза и нижних конечностей	
в	длительное неподвижное положение в постели	
г	все перечисленное	+

20. К расширенной операции следует относить

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	удаление опухоли в пределах здоровой ткани	
б	удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером	
в	удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции	+
г	удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и полным удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс	

21. К комбинированной операции следует относить

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером	
б	удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции	
в	удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и резекций или удалением другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс	+
г	удаление опухоли вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого заболевания	

22. Термину «операбельность» больше всего соответствует

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	состояние больного, позволяющее выполнять операцию	

б	состояние больного, позволяющее выполнять радикальную операцию	
в	выявленная во время хирургического вмешательства возможность выполнить радикальную операцию	+
г	правильного ответа нет	

23. На отдаленные результаты хирургического лечения злокачественных заболеваний оказывает наименьшее влияние

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	тип роста опухоли	
б	гистологическая структура опухоли	
в	наличие метастазов в регионарных лимфоузлах	
г	возраст больного	+

24. На частоту развития несостоятельности швов могут оказывать влияние

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	гипопротеинемия	
б	наличие опухолевых клеток по линии резекции	
в	натяжение сшиваемых органов	
г	все верно	+

25. Эксплоративной называют операцию, при которой

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	пораженные органы удалены по онкологическим правилам	
б	пораженный орган удален с оставлением части опухоли	
в	пораженный орган не удален, но операция ликвидировала вызванные опухолью тяжелые нарушения	
г	операция ограничилась констатацией неоперабельности процесса	+

26. Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется как

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	самостоятельный метод	
б	в комбинации с хирургическим методом	
в	в комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией)	
г	все верно	+

27. Основная цель радикальной лучевой терапии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	подвести максимально возможную дозу излучения	
б	снизить биологическую активность опухолевых клеток	
в	вызвать гибель наиболее чувствительных опухолевых клеток	
г	достигнуть регрессии опухоли	+

28. Задачами короткого интенсивного курса предоперационной лучевой терапии являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	повысить операбельность	
б	повысить резектабельность	+
в	достигнуть значительного уменьшения опухоли	
г	получить полную регрессию опухоли	

29. К радиочувствительным могут быть отнесены опухоли, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лимфогранулематоз	
б	неходжкинская лимфома	
в	семинома	
г	аденокарцинома желудка	+

30. Хронический болевой синдром у онкологических больных наиболее часто развивается при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	метастазах в костях	+
б	метастазах в легких	
в	раке желудка	
г	лимфоме Ходжкина	

31. При хроническом болевом синдроме у больных с запущенными формами злокачественных новообразований анальгетики назначают

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	перед сном	+
б	при появлении сильной боли	
в	при первых болевых ощущениях	
г	строго по часам, независимо от появления боли	+

32. Вторичная (клиническая) профилактика рака предусматривает

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	устранение химических канцерогенов	
б	профилактику инфицирования онкогенных вирусов	
в	отказ от курения	
г	выявление и лечение предраковых заболеваний	+

33. Каким опухолям у детей свойственно поражение по типу «песочных часов»?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нефробластеме	
б	нейробластеме	+
в	гепатобластеме	
г	дисгерминоме яичника	

34. Отсутствие функции почки при экскреторной урографии («немая почка») более характерно для

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нефробластомы	+
б	нейрогенной забрюшинной опухоли	
в	гепатобластомы	
г	правильного ответа нет	

35. На отдаленные результаты лечения злокачественных опухолей у детей наибольшее влияние оказывают

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	гистологическая структура опухоли	+
б	наличие отдаленных метастазов	
в	наличие регионарных метастазов	
г	возраст больного	

36. По гистологическому строению согласно современной классификации, принятой ВОЗ, выделяют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	глиальные опухоли	
б	нейрональные опухоли	
в	примитивные нейроэктодермальные опухоли	
г	опухоли эпифиза	
д	все ответы правильны	+

37. В каких органах чаще всего регистрируется преинвазивный рак?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	желудок	
б	шейка матки	+
в	прямая кишка	
г	пищевод	
д	поджелудочная железа	

38. Каков объем хирургического вмешательства при преинвазивном раке?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	удаление органа	
б	удаление органа с прилежащими тканями	
в	электроэксцизия опухоли	+
г	электрокоагуляция опухоли	
д	криодеструкция опухолевого очага	

39. Что характеризует доброкачественность опухолей?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	зрелость клеточных элементов опухоли	+
б	характер анатомического роста опухоли	
в	локализация опухоли	
г	инвазивный рост опухоли	
д	наличие недифференцированных клеток	

40. Наиболее распространенным канцерогеном в природе является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	2-нафталамин	
б	тяжелые металлы, металлоиды	
в	радионуклиды	
г	бензопирен	+

41. От прямого воздействия ионизирующего излучения в опухолевых клетках происходит

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	разрыв молекул ДНК	
б	повреждение хромосомного аппарата	
в	нарушение митоза	
г	все перечисленные	+

42. Для выбора плана лечения онкологического больного необходимо знать

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	локализацию опухоли	
б	стадию заболевания	
в	морфологическую структуру опухоли, степень её дифференцировки	
г	все перечисленное	+

43. Принципам онкологической настороженности врача противоречит

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	тщательное обследование каждого больного	
б	назначение лекарств в первый день обращения больного по принципу «экспресс-диагностика»	+
в	знание симптомов злокачественной опухоли	

44. Доброкачественным опухолям присущи

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	инфильтративный рост	
б	экспансивный рост	+
в	нарушение дифференцировки клеток	
г	правильно б) и в)	

45. Выбор схемы лечения зависит

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	от стадии заболевания	
б	гистологического варианта	
в	от степени активности процесса	
г	все перечисленное	+

46. Нередко химиотерапию назначают после оперативного лечения. Такая химиотерапия называется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	адъювантной	+
б	неоадъювантной	
в	комплексной	
г	специальным термином не обозначается	

47. Что характеризует экспансивный рост опухоли?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	инфильтрирует соседние ткани	

б	раздвигает ткани, сдавливая их	+
в	опухоль не имеет капсулы и четких границ	
г	быстрый рост опухоли	
д	клеточный атипизм	

48. Что такое эндофитная опухоль?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	опухоль растет в просвет полого органа	
б	опухоль с четкими границами	
в	опухоль растет вдоль стенки органа	+
г	опухоль с низкой дифференцировкой клеток	
д	опухоль с умеренной дифференцировкой клеток	

49. Чем характеризуется эндофитная опухоль?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	узловым образованием в толще паренхиматозного органа	
б	не имеет клинических проявлений	
в	микроскопические границы больше макроскопических	+
г	макроскопические границы совпадают с микроскопическими	
д	торпидным течением	

50. Чем характеризуется экзофитный рак?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	распространяется по стенке органа	
б	растет в просвет полого органа или в толщу паренхиматозного	+
в	не дает метастазов	
г	часто метастазирует	
д	часто изъязвляется	

51. При какой дифференцировке рака чаще всего регистрируются метастазы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	при высокой степени дифференцировки	
б	при умеренной степени дифференцировки	
в	при низкой степени дифференцировки	+
г	при умеренной и высокой степенях дифференцировки в одной опухоли	
д	дифференцировка не влияет на частоту метастазирования	

52. Какая опухоль является производной нейроэктодермы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	фибросаркома	
б	рабдомиобластома	
в	меланома	+
г	синовиома	
д	гибернома	

53. Какая опухоль является производной нейроэктодермы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	фиброма	

б	липома	
в	шваннома	+
г	мезотелиома	
д	гемангиоперицитома	

54. Чем вызвана автономность опухолевого роста?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	гистологической структурой	
б	изменениями в генетическом аппарате клетки	+
в	состоянием иммунной системы организма	
г	особенностями тканевого источника	
д	наличием запирающих контактов между клетками	

55. Какая ткань чаще всего является источником злокачественных опухолей?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	с выраженной физиологической пролиферацией	+
б	с пониженной пролиферативной активностью	
в	ткань внутренних органов	
г	зрелая, хорошо специализированная ткань	
д	ткань, не имеющая связи с внешней средой	

56. В каких опухолях выражен только тканевой атипизм?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	в доброкачественных	+
б	в злокачественных	
в	в смешанных	
г	в сосудистых	
д	в эпителиальных	

57. Самый главный признак клеточного атипизма?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	гиперхромия ядерного вещества	
б	мономорфизм	
в	патология митоза	+
г	гиперхромия гликогена	
д	полиморфизм	

58. Какому символу «Т» соответствует опухоль мягких тканей менее 5 см в наибольшем измерении?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	T0	
б	T1	+
в	T2	
г	T3	
д	T4	



59. Какому символу «Т» соответствует опухоль мягких тканей более 5 см в наибольшем измерении?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	T0	
б	T1	
в	T2	+
г	T3	
д	T4	

60. Какому символу «Т» соответствует опухоль мягких тканей более 5 см, но без поражения костей, магистральных сосудов или нервов?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	T0	
б	T1	
в	T2	
г	T2a	+
д	T2б	

61. Какому символу «Т» соответствует опухоль мягких тканей, распространяющаяся на кости, магистральные сосуды или нервы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	T0	
б	T1	
в	T2	
г	T1б	
д	T2б	+

62. Какому символу «G» соответствует высокая степень дифференцировки рака?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	GX	
б	G1	+
в	G2	
г	G3	
д	G4	

63. Какому символу «G» соответствуют недифференцированные раки?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	GX	
б	G1	
в	G2	
г	G3	
д	G4	+

64. Какой из перечисленных факторов оказывает наибольшее влияние на темп роста злокачественной опухоли?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	локализация опухоли	

б	пол пациента	
в	степень дифференцировки опухоли	+
г	состояние окружающей среды	
д	сопутствующие заболевания	

65. Заразен ли рак?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	заразен	
б	не заразен	+
в	не установлено	
г	зависит от локализации опухоли	
д	зависит от степени дифференцировки рака	

66. Какой из признаков более всего указывает на злокачественность процесса?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	тип роста опухоли	
б	мономорфизм клеток	
в	множество патологических митозов	+
г	наличие макрофагальных инфильтратов в опухоли	
д	наличие плазмоцитарных инфильтратов в опухоли	

67. Частичная ремиссия – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	отсутствие динамики размеров опухоли	
б	уменьшение размеров опухоли на 25%	
в	уменьшение размеров опухоли на 50% и более	+
г	уменьшение размеров опухоли на 80%	

68. Какой антиген является опухолевым маркером при раке печени?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ферритин	
б	АФП	+
в	РЭА	
г	кислая фосфатаза	
д	В-хорионический гонадотропин	

69. Когда следует начинать реабилитацию ребенка, больного злокачественной опухолью?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	с момента постановки диагноза	+
б	в процессе проведения специальной терапии	
в	после окончания специальной терапии	
г	спустя 2 года после окончания специального лечения	

70. Какие виды реабилитации применительны к больному ребенку?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	физическая реабилитация	
б	психологическая реабилитация	

в	социальная реабилитация	
г	все перечисленное	+

71. Какие опухоли относятся к наследственно детерминированным

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	рабдомиосаркома	
б	ретинобластома	+
в	острый лимфобластный лейкоз	
г	неходжкинская лимфома	

72. К опухолям надседловидной области относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	краниофарингиома	
б	глиомы зрительного пути	
в	опухоли гипоталамуса	
г	все ответы правильны	+

73. Для ретинобластомы характерны все перечисленные симптомы, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	«амавротического кошачьего глаза»	
б	снижения остроты зрения	
в	косоглазия	
г	появление просовидного образования на радужной оболочке	+

74. Клинико-генеалогический метод чаще всего используется при следующем заболевании

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	неходжкинской лимфоме	
б	ретинобластоме	+
в	остеогенной саркоме	
г	плоскоклеточном раке	

75. Ретинобластома развивается из следующих клеток

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ретиноцитов	
б	ретикулобластов	
в	лимфобластов	
г	ретинобластов	+

76. I стадия ретинобластомы характеризуется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	отдаленным метастазированием	
б	диссеминацией опухоли в стекловидное тело и переднюю камеру глаза	
в	локализацией в пределах сетчатки	
г	распространением вдоль волокон нерва	+

77. Спорадическая форма ретинобластомы характеризуется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	билатеральным поражением	
б	передачей мутированной копии гена <i>rb</i>	
в	отсутствием заболевания в поколениях	+
г	появлением опухоли в стекловидном теле	

78. Для III стадии ретинобластомы характерно все перечисленное, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	экстраокулярного распространения опухоли	
б	распространения опухоли вдоль волокон нерва	
в	метастазирования в кости черепа	+
г	распространения опухоли в глазницу	

79. Ретинобластома занимает от 25 % до 50 % глазного дна. Какая это стадия?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I стадия	
б	II стадия	+
в	III стадия	
г	IV стадия	

80. Для III стадии ретинобластомы характерно все перечисленное, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	экстраокулярного распространения опухоли	
б	распространения опухоли вдоль волокон нерва	
в	метастазирования в кости черепа	+
г	распространения опухоли в глазницу	

81. Появление метастазов в печени характерно для

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I стадии	
б	II стадии	
в	III стадии	
г	IV стадии	+

82. Ретинобластома метастазирует, за исключением

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лимфогенно	
б	лимфо-гематогенно	
в	гематогенно	
г	имплантационно	+

83. Ретинобластома растет в направлении

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	эндофитно (стелится по сетчатке)	
б	экзофитно (проминирует в стекловидное тело)	

в	эндофитно и экзофитно (смешанный рост)	
г	все направления роста возможны	+

84. Для определения распространенности ретинобластомы применяется следующие исследования, за исключением

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	пальпация регионарных лимфатических узлов	
б	экзофитно (проминирует в стекловидное тело)	
в	рентгенологическое исследование легких	
г	фиброгастроскопия	+

85. УЗИ при ретинобластоме включает в себя

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ультразвуковую биолокацию (выявление плюс-ткани)	
б	квантитативную эхографию (определение величины затухания ультразвука в новообразовании)	
в	эхобиометрию (определение степени проминенции опухоли)	
г	все вышеперечисленное	+

86. Рентгенологически III-IV стадии ретинобластомы характеризуются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	затемнением околоносовых пазух	
б	расширением канала зрительного нерва	
в	истончением и появлением дефектов стенок глазницы	
г	все вышеперечисленное	+

87. Для оценки состояния зрительного нерва, субарахноидального пространства, головного мозга используется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	рентгенограмма черепа	
б	томограммы носоглотки	
в	доплерография сосудов шеи	
г	MPT орбиты и головного мозга	+

88. Дифференциальная диагностика ретинобластомы проводится с

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	сосудистыми аномалиями (Coat's disease)	
б	ретролентальной фиброплазией	
в	гамартомой сетчатки	
г	все вышеперечисленное	+

89. На поликлиническом приеме мать ребенка жалуется на изменение цвета зрачка. Необходимо

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	выяснить, есть ли среди родственников больные ретинобластомой	
б	выполнить полный офтальмологический осмотр с оценкой сетчатки глаза	
в	дополнить осмотр инструментальными методами (УЗИ, рентгенограммы, КТ,	

	МРТ орбит и головного мозга)	
г	все вышеперечисленное	+

#### 90. Лечение ретинобластомы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	хирургическое лечение	
б	полихимиотерапия	
в	лучевая терапия	
г	все вышеперечисленное	+

#### 91. Хирургическое лечение включает в себя

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	энуклеацию глазного яблока	
б	поднадкостничную экзентерацию глазницы	
в	все вышеперечисленное	+

#### 92. Консервативное лечение после удаления глаза проводится при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ретинобластомах стадий I, IIa, IIb и IIc	
б	единичном опухолевом узле без диссеминации процесса	
в	прорастании ретинобластомы в зрительный нерв	+
г	при интраокулярном распространении опухоли	

#### 93. Дистанционная рентгенотерапия используется как

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	неоадьювантное дооперационное лечение	
б	адьювантное послеоперационное лечение	+
в	интраоперационно	
г	консолидирующее лечение	

#### 94. При лучевой терапии ретинобластомы наиболее целесообразно использовать

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	близкофокусную рентгенотерапию	
б	быстрые электроны	
в	гамма-излучения	
г	дистанционное облучение	+

#### 95. Показанием для р-аппликации является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	наличие множественных узлов ретинобластомы	
б	проминенция опухоли в стекловидное тело более 10 мм	
в	наличие отдаленных метастазов	
г	ретинобластома I стадии	+

#### 96. К физическим методам лечения ретинобластомы относятся все, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	иммунотерапия	+

б	криодеструкция	
в	лазерная деструкция	
г	трансклеральная диатермокоагуляция	

97. Полихимиотерапия первым этапом проводится при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	макроэкстрабульбарном росте опухоли	
б	орбитальном рецидиве	
в	при наличии отдаленных метастазов	
г	все перечисленное	+

98. В комбинацию лекарственной терапии входят следующие препараты

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	циклофосфамид	
б	карбоплатин	
в	этопозид	
г	все перечисленное	+

99. Динамическое наблюдение за излеченными от ретинобластомы осуществляют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	педиатры	
б	офтальмологи	
в	онкологи	
г	все перечисленное	+

100. В каком возрасте опухоль Вильмса встречается наиболее часто

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	на первом году жизни	
б	8 – 15 лет	
в	2 – 5 лет	+
г	у новорожденных	
д	16 – 25 лет	

101. Основные статистические показатели, характеризующие распространенность опухоли Вильмса среди населения России

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	заболеваемость и распространенность	
б	распространенность и смертность	
в	структура и наследственность	
г	заболеваемость и смертность	+
д	структура и региональность	

102. В каком локусе находится ген WT-1?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	11p13	+
б	11p15	
в	17p13	

г	13q14	
д	19p11	

103. В каком локусе находится ген WT-2?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	11p13	
б	11p15	+
в	17p13	
г	13q14	
д	19p11	

104. Синдром WAGR не включает в себя

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	опухоль Вильмса	
б	ксерофтальмию	+
в	аниридию	
г	патологию половых органов	
д	умственную отсталость	

105. Какие наследственные синдромы ассоциированы с опухолью Вильмса?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	синдром Beckwith-Wiedemann, WAGR-синдром, синдром Denys-Drash, нейрофиброматоз II типа	
б	синдром Beckwith-Wiedemann, синдром Bartter, синдром Angelman, нейрофиброматоз I типа	
в	WAGR-синдром, синдром Denys-Drash, наследственная тирозинемия, несовершенный остеогенез	
г	синдром Beckwith-Wiedemann, WAGR-синдром, синдром Denys-Drash	+
д	синдром Beckwith-Wiedemann, WAGR-синдром, синдром CHARGE, нейрофиброматоз II типа	

106. Какой наследственный синдром не ассоциирован с опухолью Вильмса?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	синдром Beckwith-Wiedemann	
б	WAGR-синдром	
в	синдром Denys-Drash	
г	синдром Bartter	+
д	нейрофиброматоз I типа	

107. Синдром Beckwith-Wiedemann не включает в себя

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	макроглоссию	
б	макросомию	
в	черный акантоз	+
г	дефекты брюшной стенки	
д	органомегалию	



108. Синдром Denys-Drash диагностируется при сочетании

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нефробластомы, макроглоссии и органомегалии	
б	нефробластомы, аниридии и умственной отсталости	
в	нефробластомы, нефротического синдрома и псевдогермафродитизма	+
г	нефробластомы, нефротического синдрома и истинного гермафродитизма	
д	нефробластомы, макросомии и органомегалии	

109. Какая морфологическая структура характерна для нефробластомы группы низкого риска?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нефробластома с диффузной анаплазией, светлоклеточная саркома, рабдоидная опухоль почки	
б	мезобластическая нефрома, фетальная рабдомиоматозная нефробластома, кистозная частично дифференцированная нефробластома	+
в	нефробластома с фокальной анаплазией, «классический» вариант без анаплазии	
г	мезобластическая нефрома, «классический» вариант без анаплазии, кистозная частично дифференцированная нефробластома	
д	нефробластома с фокальной анаплазией, фетальная рабдомиоматозная нефробластома, кистозная частично дифференцированная нефробластома	

110. Какая морфологическая структура характерна для нефробластомы группы стандартного риска?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нефробластома с диффузной анаплазией, светлоклеточная саркома, рабдоидная опухоль почки	
б	мезобластическая нефрома, фетальная рабдомиоматозная нефробластома, кистозная частично дифференцированная нефробластома	
в	нефробластома с фокальной анаплазией, «классический» вариант без анаплазии	+
г	мезобластическая нефрома, «классический» вариант без анаплазии, кистозная частично дифференцированная нефробластома	
д	нефробластома с фокальной анаплазией, фетальная рабдомиоматозная нефробластома, кистозная частично дифференцированная нефробластома	

111. Какая морфологическая структура характерна для нефробластомы группы высокого риска?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нефробластома с диффузной анаплазией, светлоклеточная саркома, рабдоидная опухоль почки	+
б	мезобластическая нефрома, фетальная рабдомиоматозная нефробластома, кистозная частично дифференцированная нефробластома	
в	нефробластома с фокальной анаплазией, «классический» вариант без анаплазии	
г	мезобластическая нефрома, «классический» вариант без анаплазии, кистозная частично дифференцированная нефробластома	
д	нефробластома с фокальной анаплазией, фетальная рабдомиоматозная нефробластома, кистозная частично дифференцированная нефробластома	

112. К нефробластным опухолям почек у детей относится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	мезобластическая нефрома	
б	опухоль Вильмса	+

в	метанефрогенная аденофиброма	
г	папиллярно-клеточная ренальная карцинома	
д	светлоклеточная саркома почки	

113. К метанефрогенным опухолям почек у детей не относится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	метанефронная аденома	
б	мезобластическая нефрома	+
в	метанефронная аденофиброма	
г	метанефронная стромальная опухоль	
д	оссифицирующая ренальная опухоль у младенцев	

114. К мезенхимальным опухолям почек у детей относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	светлоклеточная саркома почки, АТРО почки, мезобластическая нефрома	+
б	мезобластическая нефрома, метанефронная аденофиброма, АТРО почки	
в	опухоль Вильмса, метанефронная стромальная опухоль	
г	светлоклеточная саркома почки, мезобластическая нефрома	
д	ренально-медуллярная саркома, анапластическая саркома почки	

115. К эпителиальным опухолям почек у детей относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ренально-медуллярная карцинома, муцинозная тубулярная и веретенноклеточная карцинома	
б	папиллярно-клеточная ренальная карцинома, медуллярная карцинома	
в	хромофобная почечно-клеточная карцинома, светлоклеточная почечноклеточная карцинома	
г	папиллярно-клеточная ренальная карцинома, муцинозная тубулярная и веретенноклеточная карцинома	
д	ренально-медуллярная карцинома, папиллярно-клеточная ренальная карцинома	+

116. К каким опухолям почек относится опухоль Вильмса?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	мезенхимальные опухоли	
б	метанефронные опухоли	
в	нефробластные опухоли	+
г	эпителиальные опухоли	
д	другие опухоли	

117. II стадия опухоли Вильмса диагностируется в случаях, когда опухоль распространяется за пределы почки, возможно ее полное удаление, за исключением следующей ситуации

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	проращение капсулы почки	
б	поражение регионарных лимфатических узлов	
в	поражение внепочечных сосудов	
г	опухолевый выпот в брюшную полость	+
д	поражение мочеточника	

118. При гематогенном метастазировании нефробластомы наиболее часто поражаются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	кости	
б	печень	
в	головной мозг	
г	легкие	+
д	гематогенное метастазирование не характерно	

119. V стадия опухоли Вильмса диагностируется в случае

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	интраоперационного разрыва опухоли	
б	двухстороннего поражения почек	+
в	выявлении асцита	
г	поражения костного мозга	
д	разрыва капсулы опухоли на дооперационном этапе	

120. При I-III стадиях опухоли Вильмса предоперационная терапия проводится препаратами

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	винкристин и Д-актиномицин	+
б	винбластин и Д-актиномицин	
в	винкристин и карбоплатин	
г	винкристин и адриамицин	
д	не проводится	

121. При I-III стадиях опухоли Вильмса предоперационная терапия проводится в течение

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	6 недель	
б	4 недель	+
в	2 недель	
г	2 месяцев	
д	не проводится	

122. При IV стадии опухоли Вильмса предоперационная химиотерапия проводится сочетанием препаратов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	винкристин, Д-актиномицин и карбоплатин	
б	винкристин, адриамицин и карбоплатин	
в	винкристин, Д-актиномицин и адриамицин	+
г	Д-актиномицин, адриамицин и карбоплатин	
д	адриамицин, карбоплатин и этопозид	

123. Предпочтительный объем оперативного вмешательства при нефробластоме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	туморэктомия	
б	туморонектотомия	
в	резекция почки с опухолью, ревизия органов брюшной полости, биопсия увеличенных лимфатических узлов	
г	туморонектотомия, ревизия органов брюшной полости, биопсия уве-	+

	личенных лимфатических узлов	
д	туморэктомия, ревизия органов брюшной полости, биопсия увеличенных лимфатических узлов	

124. В каком случае не проводится послеоперационная химиотерапия у больных с опухолью Вильмса?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	низкий риск	
б	I стадия	
в	I стадия и низкий риск	+
г	II стадия и низкий риск	
д	все утверждения верны	

125. Какова длительность химиотерапевтического лечения при установлении диагноза «нефробластоматоз»?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	4 недели	
б	28 недель	
в	34 недели	
г	один год	+
д	два года	

126. Показаниями для проведения послеоперационной локальной лучевой терапии с облучением ложа опухоли Вильмса являются нижеперечисленные ситуации, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	III стадии, стандартного риска	
б	II стадии, низкого риска	+
в	II и III стадии, высокого риска	
г	IV стадии	
д	V стадии, в зависимости от локальной стадии	

127. Доза локального облучения при нефробластоме составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	10 Гр	
б	12 Гр	+
в	18 Гр	
г	20 Гр	
д	24 Гр	

128. В каком случае проводится облучение живота при опухоли Вильмса?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	при разрыве опухоли	+
б	при выявлении асцита	
в	при наличии метастазов в печень	
г	при поражении регионарных лимфатических узлов	
д	при наличии метастазов в легкие	

129. В какой дозе будет проводиться облучение живота у больного с разрывом опухоли Вильмса?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	10 Гр	
б	12 Гр	
в	18 Гр	
г	20 Гр	+
д	24 Гр	

130. В какой дозе проводится облучение легких у больных с опухолью Вильмса?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	10 Гр	
б	12 Гр	+
в	18 Гр	
г	20 Гр	
д	24 Гр	

131. Отличие тактики ведения больных опухолью Вильмса на Северо-Американском континенте?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	первым этапом является оперативный	+
б	снижена химиотерапевтическая нагрузка	
в	не проводится лучевая терапия на ложе опухоли	
г	предоперационная химиотерапия удлиняется на 2 недели	
д	тактика ведения зависит от гистологического типа опухоли	

132. Каков алгоритм диспансерного наблюдения за больными опухолью Вильмса?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ежемесячный осмотр с проведением УЗИ органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки на протяжении 3х лет	
б	осмотр с проведением УЗИ органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки один раз в 3 месяца на протяжении 3х лет	
в	осмотр с проведением УЗИ органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки один раз в 6 месяцев на протяжении 3х лет	
г	осмотр с проведением УЗИ органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки один раз в 3 месяца на протяжении 2х лет, один раз в 6 месяцев на протяжении последующих 3х лет	+
д	осмотр с проведением УЗИ органов брюшной полости и рентгенографии органов грудной клетки один раз в 6 месяцев на протяжении 5и лет	

133. Общая пятилетняя выживаемость при нефробластоме для всех стадий составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	70 %	+
б	90-93 %	
в	30 %	
г	5-10 %	
д	50 %	

134. Эозинофильная гранулема – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	травматическое поражение кости	
б	врожденная аномалия кости	
в	гистиоцитоз из клеток Лангерганса	+
г	остеохондропатия	

135. Какая из нижеперечисленных болезней не относится к гистиоцитарным заболеваниям?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	болезнь Пфаундлера-Гурлер	+
б	болезнь Хэнда-Шуллера-Крисчена	
в	болезнь Эрдгейма-Честера	
г	болезнь Абта-Леттерера-Зиве	
д	болезнь Таратынова	

136. Для какого заболевания характерно выявление гранул Бирбека в цитоплазме клеток?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	волосатоклеточный лейкоз	
б	лангергансовоклеточный гистиоцитоз	+
в	диффузная крупноклеточная лимфома	
г	острый лимфобластный лейкоз	
д	гемофагочитарный лимфогистиоцитоз	

137. Мутация V600E в гене BRAF может быть обнаружена при следующих заболеваниях, за исключением

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	колоректального рака	
б	карциномы молочной железы	+
в	меланомы	
г	лангергансовоклеточного гистиоцитоза	
д	папиллярного рака щитовидной железы	

138. Органами риска, влияющими на прогноз при гистиоцитозе из клеток Лангерганса, являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	печень, костный мозг, гипофиз	
б	костный мозг, лимфатические узлы, селезенка	
в	печень, селезенка, головной мозг	
г	печень, селезенка, костный мозг	+
д	головной мозг, печень, лимфатические узлы	

139. У больного гистиоцитозом из клеток Лангерганса выявлено поражение кожи и лимфатических узлов паховой области с двух сторон. К какой группе риска он относится?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	низкой	
б	высокой	
в	средней	

г	промежуточной	+
д	стандартной	

140. У больного гистиоцитозом из клеток Лангерганса выявлено поражение правой бедренной кости и селезенки. К какой группе риска он относится?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	низкой	
б	высокой	+
в	средней	
г	промежуточной	
д	стандартной	

141. У больного гистиоцитозом из клеток Лангерганса выявлено изолированное поражение левой височной кости. К какой группе риска он относится?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	низкой	+
б	высокой	
в	средней	
г	промежуточной	
д	стандартной	

142. У больного гистиоцитозом из клеток Лангерганса выявлено изолированное поражение печени. К какой группе риска он относится?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	низкой	
б	высокой	+
в	средней	
г	промежуточной	
д	стандартной	

143. Основными препаратами, используемыми при лечении гистиоцитоза из клеток Лангерганса, являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	винкристин, преднизолон	
б	винбластин, преднизолон	
в	винбластин, преднизолон, 6-меркаптопурин	+
г	винкристин, преднизолон, 6-меркаптопурин	
д	винбластин, 6-меркаптопурин	

144. Больные гистиоцитозом группы промежуточного риска получают терапию препаратами:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	винбластин и преднизолон	+
б	винкристин и преднизолон	
в	винкристин и дексаметазон	
г	винбластин и дексаметазон	
д	все вышеперечисленное верно	

145. Длительность программного лечения больных гистиоцитозом из промежуточной группы риска составляет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	6 недель	
б	12 недель	
в	24 недели	
г	36 недель	
д	52 недели	+

146. У больного с инициальным поражением левой большеберцовой кости, тел Th5, Th7 на шестой неделе терапии выявлено повышение уровня трансаминаз, гипербилирубинемия. Ваша тактика:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	завершение терапии в связи с развитием токсичности	
б	проведение второй интенсивной фазы лечения	
в	проведение поддерживающей терапии	
г	перевод пациента в группу высокого риска	+
д	перевод пациента на альтернативную схему лечения	

147. При больших опухолях средостения нередко встречается все указанное, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	кишечная непроходимость	+
б	синдром Горнера	
в	парез гортани	
г	парез диафрагмы	

148. К истинным опухолям средостения относят:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	опухоли, исходящие из органов средостения	
б	опухоли, исходящие из стенок средостения	
в	опухоли, исходящие из тканей средостения и расположенные между органами (внеорганные)	+
г	нет правильного варианта	

149. Клиника опухолей средостения зависит от всех факторов, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	локализации	
б	степени злокачественности	
в	быстроты роста	
г	формы грудной клетки	+

150. К симптомам сдавления органов средостения относятся все, кроме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	чувство давления за грудиной	
б	боли	
в	одышка	
г	спазм артерий нижних конечностей	+



151. Код МКБ Лимфомы Ходжкина

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	C81	+
б	C83	
в	C84	
г	C90	

152. В каком возрасте лимфома Ходжкина не встречается?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	до 10 лет	
б	до 5 лет	
в	с 5 до 12 лет	
г	до года	+

153. Опухолевыми субстратами лимфомы Ходжкина являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	пролиферация патологических клеток Лангерганса	
б	миксоидный характер стромы и веретеночлесточный состав	
в	пролиферация лимфоцитов и гистиоцитов	
г	гигантские клетки Березовского-Штернберга-Рид	+

154. Лимфома Ходжкина – это злокачественная опухоль лимфоидной ткани с клональной пролиферацией

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	клеток внекостномозговой лимфоидной ткани различной гистологической принадлежности	
б	промиелоцитов	
в	В-клеток зародышевых центров лимфатических узлов	+
г	Т-клеток	

155. Морфологическим вариантом лимфомы Ходжкина НЕ является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нодулярный тип лимфоидного преобладания	
	лимфоидное преобладание	
в	нодулярный склероз	
г	смешанно-клеточная	
д	лимфоидное истощение	
е	лимфоидный склероз	+

156. Какой самый редкий морфологический варианты классической лимфомы Ходжкина?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	смешанно-клеточная	
б	лимфоидное преобладание	
в	нодулярный склероз	
г	лимфоидное истощение	+

157. Какой самый частый морфологический вариант классической лимфомы Ходжкина?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	смешанно-клеточная	
б	лимфоидное преобладание	
в	нодулярный склероз	+
г	лимфоидное истощение	

158. Какая классификация используется для стадирования лимфомы Ходжкина?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	классификация Шимада	
б	классификация Ann Arbor	+
в	классификация по Чангу	
г	классификация Salzer-Kunstschik	

159. Каким символом обозначается поражение экстралимфатических структур?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	Е	+
б	S	
в	A	
г	B	

160. К общим симптомам заболевания НЕ относится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	необъяснимая потеря массы тела более чем на 10 % за последние 6 месяцев	
б	необъяснимые подъемы температуры выше 38°С в течение 3 дней;	
в	профузные ночные поты	
г	частое мочеиспускание	+

161. К лимфатическим структурам НЕ относится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лимфатические узлы	
б	Вальдейерово кольцо	
в	селезенка	
г	вилочковая железа	
д	Пейеровы бляшки	
е	аппендикс	
ж	печень	+

162. Какой отдел средостения чаще всего поражается при лимфоме Ходжкина?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	передний	+
б	задний	
в	средостение не поражается	
г	все варианты	

163. Для лимфатических узлов средостения массивным поражением считается, когда медиастинально-торакальный индекс (МТИ) превышает

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	0,4	
б	0,33	+
в	0,5	
г	0,36	

164. Медиастинально-торакальный индекс- это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	соотношение ширины грудины к ширине грудной клетки на уровне Th5-6 на стандартных прямых рентгенограммах	
б	соотношение ширины мечевидного отростка грудины к ширине грудной клетки на уровне Th5-6 на стандартных прямых рентгенограммах	
в	соотношение ширины средостения к ширине грудной клетки на уровне Th5-6 на стандартных прямых рентгенограммах	+
г	такого понятия не существует	

165. Нормальное значение индекса Фуджиоки

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	$\leq 0,5$	+
б	$\geq 0,5$	
в	0,33	
г	$\leq 0,33$	

166. Условно наиболее частой локализацией периферической формы лимфомы Ходжкина является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	подмышечная	
б	околоушная	
в	подчелюстная	
г	шейная	+

167. Дифференциальным признаком инфекционного мононуклеоза и лимфомы Ходжкина является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	острое начало	
б	боли в горле	
в	наличие в крови периферических мононуклеаров	+
г	увеличению лимфоузлов предшествует повышение температуры	

168. Для уточнения распространенности лимфомы Ходжкина в организме применяются следующие методы, за исключением

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ПЭТ-КТ	
б	спирография	+
в	УЗИ органов брюшной полости	

г	рентгенография грудной клетки в двух проекциях	
---	--	--

169. Какой из названных методов исследования считается наиболее информативным при подозрении на лимфому Ходжкина с поражением только медиастинальных лимфатических узлов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	фибробронхоскопия	
б	общий анализ крови	
в	медиастиноскопия с биопсией	+
г	лимфография	

170. «Сигналами тревоги», при которых на амбулаторном приеме следует высказать подозрение на лимфому Ходжкина, являются следующие, за исключением

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	появление одного или нескольких увеличенных лимфоузлов	
б	постепенное увеличение и появление новых лимфоузлов	
в	гиперемия кожи и флюктуация в области узла	+
г	необъяснимая лихорадка	

171. При поражении лимфоузлов выше диафрагмы и селезенки при лимфоме Ходжкина должна быть поставлена

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I стадия	
б	II стадия	
в	III стадия	+
г	IV стадия	

172. Поражение аксиллярных лимфоузлов с двух сторон при лимфоме Ходжкина трактуется как

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I стадия	
б	II стадия	+
в	III стадия	
г	IV стадия	

173. Поражение шейных лимфоузлов слева, медиастинальных, паховых лимфоузлов и селезенки при лимфоме Ходжкина трактуется как

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I стадия	
б	II стадия	
в	III стадия	+
г	IV стадия	

174. Поражение легочной ткани и забрюшинных лимфоузлов при лимфоме Ходжкина трактуется как

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I стадия	

б	II стадия	
в	III стадия	
г	IV стадия	+

175. Бесспорным подтверждением диагноза лимфомы Ходжкина является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	наличие увеличенных безболезненных лимфатических узлов	
б	снижение содержания лимфоцитов в лимфатическом узле	
в	усиленная пролиферация клеточных элементов в лимфатических узлах	
г	обнаружение клеток Березовского-Штернберга	+

176. Основным способом диагностики лимфомы Ходжкина является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	общий и биохимические анализы крови	
б	рентгенография и томография грудной клетки	
в	иммунологическое исследование	
г	гистологическое исследование	+

177. Укажите стадию лимфомы Ходжкина при поражении лимфатических узлов выше диафрагмы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I	
б	II	+
в	III	
г	IV	

178. У больного с лимфомой Ходжкина увеличение шейных лимфоузлов с обеих сторон и профузный пот соответствует

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	IA	
б	IIA	
в	IIIB	+
г	IIIB	

179. Поражение аксиллярных лимфоузлов с одной стороны, медиастинальных, парааортальных лимфоузлов, селезенки и наличие лихорадки до 38° С при лимфоме Ходжкина расценивается как

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	IA	
б	IIA	
в	IIIA	
г	IIIB	+

180. Поражение при лимфоме Ходжкина всех групп периферических лимфоузлов в сочетании с профузным потом означает наличие

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	IIA	

б	IIВ	
в	IIIА	
г	IIIВ	+

181. При лимфоме Ходжкина поражение печени и медиастинальных лимфоузлов с симптомами интоксикации означает наличие

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	IIВ	
б	IIIА	
в	IIIВ	
г	IVВ	+

182. Под термином лимфаденопатия подразумевают

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лейкозную инфильтрацию лимфатических узлов	
б	лимфоцитоз в периферической крови	
в	лимфобластоз в стеральном пунктате	
г	увеличение лимфоузлов	+

183. Чем характеризуется лихорадка при лимфоме Ходжкина?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	волнообразная	
б	сопровождающаяся потливостью	
в	на ранних стадиях купируется индометацином	
г	все перечисленное	+

184. Макроскопические изменения лимфатических узлов при периферических формах лимфомы Ходжкина характеризуется следующими симптомами за исключением

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	безболезненность	
б	не спаяны с окружающими тканями	
в	плотная консистенция	
г	склонность к образованию свищей	+

185. Наиболее частой локализацией периферической формы лимфомы Ходжкина является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	подмышечная	
б	околоушная	
в	подчелюстная	
г	шейная	+

186. Дифференциальным признаком лимфогранулематоза от туберкулезного лимфаденита является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	наличие первичного туберкулезного комплекса в легком	
б	болезненность увеличенных лимфоузлов	
в	покраснение кожи над увеличенным узлом	

г	клетки Березовского-Штернберга в пунктате узла	+
---	--	---

### 187. Время возникновения раннего рецидива?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	через 12 месяцев после завершения лечения	
б	через 18 месяцев после завершения лечения	
в	до 12 месяцев после завершения лечения	+
г	через 28 месяцев после завершения лечения	

### 188. Ранний маркёр поражения миокарда?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лактатдегидрогеназа	
б	тропонин I	+
в	С-реактивный белок	
г	щелочная фосфатаза	

### 189. Время возникновения позднего рецидива?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	через 12 и более месяцев после завершения лечения	+
б	через 18 месяцев после завершения лечения	
в	до 12 месяцев после завершения лечения	
г	через 28 месяцев после завершения лечения	

### 190. Стандартом лечения лимфомы Ходжкина является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	химиотерапия + лучевая терапия только на пораженные зоны	+
б	химиотерапия + лучевая терапия на все лимфатические зоны	
в	химиотерапия + хирургическое лечение	
г	химиотерапия + лучевая терапия + хирургическое лечение	
д	химиотерапия + лучевая терапия на пораженные и соседние зоны	

### 191. Неходжкинские лимфомы – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	системные доброкачественные или злокачественные опухоли иммунной системы, субстратом которых являются клетки внекостномозговой ткани.	
б	системные доброкачественные или злокачественные опухоли иммунной системы, субстратом которых являются клетки костномозговой ткани.	
в	системные злокачественные опухоли иммунной системы, субстратом которых являются клетки внекостномозговой ткани.	+
г	системные поражения лимфатических узлов и сосудов	
д	системные злокачественные опухоли иммунной системы, субстратом которых являются клетки костномозговой ткани.	

### 192. Какое место в детском возрасте занимают неходжкинские лимфомы среди всей онкологической патологии?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	1	
б	2	

в	3	+
г	4	
д	5	

193. Какова частота неходжкинских лимфом среди всей онкологической патологии в детском возрасте?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	0,5-1 %	
б	1-2 %	
в	5-7 %	+
г	20-25 %	
д	25-30 %	

194. Какова частота неходжкинских лимфом у детей до 15 лет?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	1 : 700-750	+
б	1 : 100-150	
в	1 : 5000-5500	
г	1 : 6500-7000	
д	1 : 10000	

195. Пик заболеваемости неходжкинскими лимфомами приходится на

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	первый год жизни	
б	3-9 лет	+
в	8-13 лет	
г	15-18 лет	
д	6 месяцев – 2 года	

196. Для лимфомы Беркитта характерна связь с

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	вирусом гепатита А	
б	вирусом герпеса 6 типа	
в	вирусом герпеса 2 типа	
г	вирусом Эпштейна-Барр	+
д	цитомегаловирусной инфекцией	

197. С вирусом Эпштейна-Барр связывают развитие

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лимфомы Беркитта	+
б	крупноклеточной анапластической лимфомы	
в	Беркиттоподобной лимфомы	
г	Т-лимфобластной лимфомы	

198. К какой группе лимфом относится лимфома Беркитта?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	опухоли из В-клеток-предшественников	
б	зрелые В-клеточные опухоли	+



в	опухоли из Т-клеток	
г	зрелые Т-клеточные опухоли	
д	фолликулярная педиатрическая лимфома	

199. Какое утверждение правильное?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	у детей большинство лимфом низкой степени злокачественности	
б	у детей большинство лимфом высокой степени злокачественности	+
в	у детей равное соотношение лимфом высокой и низкой степени злокачественности	
г	у детей не встречаются лимфомы низкой степени злокачественности	
д	у детей не встречаются лимфомы высокой степени злокачественности	

200. У детей большинство лимфом

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	имеют высокую митотическую активность и хорошо чувствительны к цитостатической терапии	+
б	имеют высокую митотическую активность и малочувствительны к цитостатической терапии	
в	имеют низкую митотическую активность и хорошо чувствительны к цитостатической терапии	
г	имеют низкую митотическую активность и малочувствительны к цитостатической терапии	
д	имеют высокую митотическую активность и нечувствительны к цитостатической терапии	

201. I стадия неходжкинских лимфом характеризуется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	поражением 1 любой нодальной или экстранодальной области	
б	поражением 1-5 нодальных или экстранодальных областей, за исключением средостения и брюшной полости	
в	поражением 1 нодальной или экстранодальной области, за исключением средостения и брюшной полости	+
г	поражением 1-5 нодальных или экстранодальных областей	
д	поражением 1 нодальной или экстранодальной области, за исключением периферических лимфоузлов, средостения и брюшной полости	

202. Для неходжкинской лимфомы II стадии характерно

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	поражение 2-х отдельных экстранодальных областей по обе стороны диафрагмы	
б	все распространенные поражения брюшной полости и забрюшинного пространства	
в	все первичные опухоли средостения	
г	вовлечение ЦНС и/или костного мозга, костей или внутренних органов	
д	поражение двух и более областей лимфоузлов по одну сторону диафрагмы	+

203. Наиболее частые из неходжкинских лимфом у детей

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лимфома Беркиттовского типа	+
б	не-Беркиттовские лимфомы	

в	лимфобластные лимфомы	
г	анапластические крупноклеточные лимфомы	
д	анапластические крупноклеточные лимфомы и лимфобластные лимфомы	

204. Симптомом биологической активности неходжкинских лимфом является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	повышение ЛДГ >240	
б	повышение ЛДГ >340	
в	повышение ЛДГ >500	+
г	повышение ЩФ >200	
д	повышение ЩФ >500	

205. К симптомам биологической активности неходжкинских лимфом относится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	повышение ЩФ >200	
б	повышение ЩФ >500	+
в	повышение церулоплазмينا >50 Е/л	
г	повышение церулоплазмينا >10 Е/л	
д	повышение церулоплазмينا >200 Е/л	

206. Наиболее редко при неходжкинских лимфомах поражается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	периферические лимфоузлы	
б	переднее средостение	
в	брюшная полость	
г	молочные железы	+
д	Вальдейерово кольцо	

207. Наиболее часто при неходжкинских лимфомах поражаются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	периферические лимфоузлы	
б	переднее средостение	
в	брюшная полость	+
г	молочные железы	
д	Вальдейерово кольцо	

208. Решающим в постановке диагноза неходжкинской лимфомы является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	компьютерная томография	
б	УЗИ пораженных лимфоузлов	
в	иммунологическое и гистохимическое исследование биоптата опухолевого образования	+
г	определение уровня ЛДГ в сыворотке крови	
д	МРТ пораженной зоны	

209. С каким веществом проводится сцинтиграфия при подозрении на неходжкинскую лимфому?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I 123	
б	I 131	
в	Tl 201	
г	Ga 67	+
д	Th 99	

210. К критериям поражения ЦНС не относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	наличие 5 и более опухолевых клеток при цитологическом исследовании ликвора	
б	опухолевые образования в головном мозге по данным КТ/МРТ	
в	парезы/параличи черепно-мозговых нервов при отсутствии опухолевых клеток в ликворе	
г	поражение глаз и зрительных нервов	
д	парезы/параличи верхних конечностей	+

211. Для профилактики синдрома острого лизиса клеток опухоли используется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	осетрон	
б	месна	
в	раствор хлорида калия	
г	раствор сульфата магния	
д	аллопуринол	+

212. Частота встречаемости первичного поражения костей при неходжкинских лимфомах

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	0,1-0,5 %	
б	0,1-1 %	
в	2-4 %	+
г	5-10 %	
д	10-15 %	

213. Цитологическим субстратом лимфомы Беркитта являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лимфобласты	
б	В-лимфоциты	+
в	Т-лимфоциты	
г	монобласты	
д	эритробласты	

214. Больной с наличием специфического плеврита при неходжкинской лимфоме может быть отнесен к стадии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I	
б	II	

в	III E	
г	III	
д	IV	+

215. При неходжкинской лимфоме с первичным поражением средостения выставляется стадия

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I	
б	II	
в	II E	
г	III	+
д	III E	

216. Больной с наличием поражения одной экстранодальной области при неходжкинской лимфоме может быть отнесен к стадии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I	
б	I E	+
в	II	
г	II E	
д	III	

217. Лечение неходжкинских лимфом у детей проводится по протоколу

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	NB	
б	SIOP	
в	HIT	
г	NHL-BFM	+
д	RMS	

218. Профилактика и лечение поражения ЦНС при неходжкинской лимфоме проводится интратекальным введением

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	циклофосфана	
б	метотрексата	+
в	доксорубицина	
г	винкристина	
д	этопозид	

219. В случае специфического поражения ЦНС при неходжкинских лимфомах доза лучевой терапии составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	5 Гр	
б	10 Гр	
в	12 Гр	+
г	32 Гр	
д	40 Гр	

220. Показанием для проведения высокодозной полихимиотерапии при лимфобластных лимфомах из Т- и В-предшественников является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	IV стадия	
б	рецидив	
в	отсутствие полной ремиссии на 33 день протокола	+
г	возраст до 5 лет	
д	возраст старше 5 лет	

221. КТ/МРТ областей инициального поражения при Т-клеточной лимфоме проводится на

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	2 день	
б	8 день	
в	33 день	+
г	60 день	
д	90 день	

222. Для поражения периферических лимфоузлов при неходжкинских лимфомах характерно

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	резкая болезненность при пальпации	
б	мягкой консистенции при пальпации	
в	каменистая плотность	+
г	синюшность кожи над лимфоузлом	
д	гиперемия кожи над лимфоузлом	

223. Поражение лимфоузлов средостения при неходжкинской лимфоме сопровождается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	рвотой	
б	одышкой	+
в	гиперемией лица и шеи	
г	болью за грудиной	
д	чувством сердцебиения	

224. Частота встречаемости первичного поражения брюшной полости при неходжкинских лимфомах

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	1 %	
б	5 %	
в	10 %	
г	35 %	+
д	80 %	

225. Какая форма НХЛ встречается у детей наиболее редко

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лимфобластные	
б	беркиттоподобные	
в	крупноклеточные	+

226. Наиболее ярким доказательством вирусной природы лимфом является наличие связи между лимфомой Беркитта и вирусом

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	Эбштейна-Барр	+
б	аденовирус	
в	цитомегаловирус	
г	Коксаки	

227. Цитологическим субстратом лимфомы Беркитта являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лимфобласты	
б	В-лимфоциты	+
в	Т-лимфоциты	
г	монобласты	

228. Ki-1 лимфомы экспрессируют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	CD-19	
б	CD-20	
в	CD-22	
г	CD-30	+

229. При неходжкинских лимфомах у детей наиболее часто поражаются следующие отделы желудочно-кишечного тракта

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	тонкая кишка	
б	прямая и сигмовидная кишка	
в	илеоцекальный угол	+
г	восходящий отдел ободочной кишки	
д	желудок	

230. Самая частая первичная локализация неходжкинских лимфом у детей

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	периферические лимфатические узлы	
б	глоточное кольцо	
в	кожа и мягкие ткани	
г	брюшная полость	+
д	средостение	

231. Расширение тени средостения у детей чаще всего связано

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	с увеличением внутригрудных л/у при злокачественных лимфомах	+
б	наличие нейрогенной опухоли средостения	
в	с опухолью вилочковой железы	
г	с тератогенной опухолью	

232. При неходжкинских лимфомах у детей наиболее часто поражаются следующие группы периферических лимфатических узлов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	шейные	
б	паховые	
в	подвздошные	
г	подмышечные	
д	правильно а) и г)	+
е	правильно а) и б)	

233. Отличительной особенностью НХЛ у детей является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	агрессивный рост	+
б	длительный анамнез	
в	наличие заболевания в поколениях	
г	резистентность к полихимиотерапии	

234. При локализации процесса в брюшной полости наиболее часто поражается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	мезентериальные лимфатические узлы	
б	забрюшинные лимфатические узлы	
в	илеоцекальный угол	
г	восходящий отдел толстой кишки	
д	все ответы правильные	+

235. Вовлечение костного мозга при поражении лимфатических узлов средостения наблюдается у

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	10 %	
б	25 %	
в	30-40 %	+
г	60 %	

236. У пациента с НХЛ обязательно проводится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	аспирационная биопсия костного мозга	
б	аспирационная биопсия костного мозга только в случае лихорадки или потери веса	
в	люмбальная пункция и аспирационная биопсия костного мозга	+
г	люмбальная пункция только в случае лихорадки или потери веса	
д	люмбальная пункция только при наличии неврологических симптомов	

237. Для какой локализации поражения наиболее характерно вовлечение в процесс костного мозга, ЦНС?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лимфоглоточное кольцо	
б	брюшная полость	
в	периферические лимфатические узлы	

г	лимфатические узлы средостения	+
---	--------------------------------	---

238. Лечение неходжкинских лимфом у детей проводится по программе

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	NHL-BFM	+
б	NB	
в	HIT	
г	SIOP	

239. КТ/МРТ областей инициального поражения при Т-клеточной лимфоме проводится на

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	8 день	
б	15 день	
в	22 день	
г	33 день	+

240. Показанием для проведения высокодозной полихимиотерапии является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	IV стадия	
б	рецидив	
в	отсутствие полной ремиссии на 33 день протокола	+
г	возраст до 5 лет	

241. Ритуксимаб – химерное моноклональное антитело мыши/человека, которое специфически связывается с трансмембранным антигеном

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	CD 20	+
б	CD 8	
в	CD 24	
г	CD 4	
д	CD 30	

242. Ритуксимаб в 70-80 % случаев вызывает

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	истощение пула В-лимфоцитов	+
б	истощение пула Т-лимфоцитов	
в	истощение пула Т- и В-лимфоцитов	
г	увеличение пула Т-лимфоцитов	
д	увеличение пула В-лимфоцитов	

243. Неотложные состояния, ассоциированные с неходжкинскими лимфомами

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	кишечная непроходимость, синдром «острого живота»	
б	синдром верхней полой вены с выпотным плевритом, перикардитом	
в	синдром острого лизиса опухоли, развитие острой почечной недостаточности	
г	развитие парезов, параличей	
д	все вышеперечисленные	+



#### 244. Строма опухоли

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	является необходимой поддерживающей структурой	
б	обеспечивает подведение к опухолевым клеткам питательных веществ и кислорода	
в	обеспечивает удаление продуктов метаболизма опухолевых клеток	
г	в ряде случаев не является обязательным компонентом новообразования	
д	все правильно, кроме г	+

#### 245. При естественном течении опухолевого процесса возможными путями метастазирования могут быть

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лимфогенный	
б	гематогенный	
в	лимфогематогенный	
г	имплантационный	
д	все верно	+

#### 246. При злокачественных нейрогенных опухолях преимущественно увеличиваются следующие из фракций катехоламинов?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	адреналин	
б	норадреналин	
в	дофамин	+
г	метилпреднизолон	
д	правильные ответы все, кроме б	

#### 247. Какую международную систему применяют для определения стадии заболевания нейробластомой?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	INSS	+
б	SIOP	
в	IRS	
г	TNM	

#### 248. Какие опухолевые маркеры нейробластомы используются как для диагностики, мониторинга в процессе лечения и как прогностические факторы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	метаболиты катехоламины + NSE	+
б	NSE	
в	ферритин + ХГЧ	
г	$\alpha$ -фетопротеин	

#### 249. Какая гистологическая классификация используется в настоящее время для постановки диагноза нейробластома?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	Shimada	+

б	Huge	
в	Joshi	

250. Для нейробластомы при гистологическом исследовании характерно образование

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	розеток Wrangel	
б	розеток Homer-Wright	+
в	розеток Miller	

251. К особенностям онкопедиатрии относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	связь опухолей и пороков развития	
б	врожденный характер большинства опухолей	
в	краткость латентного периода от момента появления опухоли до появления клинических симптомов болезни	
г	все вышеперечисленное	+

252. Наиболее частая локализация нейробластомы у детей:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	забрюшинное пространство	+
б	средостение	
в	область шеи	
г	малый таз	

253. Факторы прогноза при нейробластоме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	N-тус-амплификация, возраст, стадия, ответ на лечение	+
б	ответ на лечение, стадия	
в	возраст, пол, гистологический тип	
г	только стадия	
д	пол и N-тус-амплификация	

254. Наиболее частая локализация метастазов при нейробластоме

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	легкие	
б	кости и костный мозг	+
в	печень	
г	головной мозг	

255. 4S стадия нейробластомы – это наличие метастазов в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	печени, костях, костном мозге, коже	
б	печени, костном мозге, коже	+
в	костях, лимфоузлах, печени, легких	
г	легких, костях, лимфоузлах	
д	головном мозге, печени, костях	

256. Признак, патогномоничный для нейробластомы у детей

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	высокий уровень эмбрионального $\alpha$ -фетопротеина	
б	высокий уровень катехоламинов в моче	+
в	высокий уровень глюкозы в крови	
г	«сосудистые звездочки» на коже	
д	макрогематурия	

257. У больных с I стадией нейробластомы в возрасте до 1 года применяются методы лечения

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	только хирургический	+
б	комбинированный	
в	комплексный	
г	используются все перечисленные методы терапии	

258. Патологическая стадия заболевания выставляется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	после окончания обследования больного	
б	после визуального осмотра области оперативного вмешательства	
в	после гистологического анализа операционного материала (первичной опухоли, лимфоузлов, окружающих опухоль тканей)	+

259. Основной причиной запущенности болезни у онкологических больных детского возраста являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	поздняя обращаемость	
б	недооценка и неправильная трактовка клинических и лабораторных данных врачами общей сети	+
в	скрытое течение заболевания	
г	относительно малое число визуально определяемых новообразований	

260. Среди причин детской смертности в экономически развитых странах по данным ВОЗ злокачественные новообразования занимают

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	первое место	
б	второе место	+
в	третье место	
г	четвертое место	

261. В морфологии солидных опухолей у детей преобладают

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	эпителиальные опухоли	
б	нейроэндокринные опухоли	
в	опухоли мезенхимального происхождения	+
г	нет четкого различия	

262. У детей в возрасте до 5 лет преобладают следующие злокачественные опухоли

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	остеогенная саркома и синовиальная саркома	
б	рак щитовидной железы	
в	нейробластома и нефробластома	+
г	все ответы правильные	
д	правильного ответа нет	

263. Наиболее часто наблюдаемыми признаками при нейробластоме у детей являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	гиперемия кожи, повышение уровня альфа-фетопротеина в сыворотке крови, артериальная гипотония	
б	бледность кожных покровов, артериальная гипертония, повышение экскреции с мочой катехоламинов и метаболитов	+
в	бледность кожных покровов, увеличение показателей трансаминаз в сыворотке крови, микрогематурия	

264. Наиболее важным методом диагностики забрюшинных нейрогенных опухолей в настоящее время является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	аортография	
б	ультразвуковое исследование	+
в	сцинтиграфия скелета	
г	выделительная урография	
д	исследование костного мозга	

265. Поражение по типу «песочных часов» при забрюшинных опухолях у детей характерно для:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нефробластомы	
б	нейробластомы	+
в	тератобластомы	
г	опухолей надпочечников	

266. Рентгеновскими признаками нейрогенной опухоли средостения являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	локализация в реберно-позвоночном углу	
б	расширение межреберных промежутков на стороне поражения	
в	истончение и узурация ребер в области опухоли	
г	все вышеперечисленное	+
д	только пункты а) и б)	

267. В структуре детской смертности в России на первом месте стоит смертность

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	от злокачественных опухолей	
б	от несчастных случаев	+
в	от инфекционных заболеваний	

г	от сердечно – сосудистых заболеваний	
---	--------------------------------------	--

268. При какой злокачественной опухоли допустимо нерадикальное ее удаление

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нефробластома	
б	нейробластома	+
в	рабдомиосаркома	
г	остеогенная саркома	

269. Особенности диагностики в детской онкологии связаны

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	с невозможностью в большинстве случаев получения анамнеза от самого пациента	
б	с малым числом визуально обнаруживаемых опухолей	
в	с необходимостью частого использования анестезиологического пособия	
г	все вышеперечисленное	+

270. Особенности лечения детей со злокачественными опухолями являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нарушение топографо-анатомических соотношений при многих опухолях в связи с их врожденным характером	
б	большие оперативным вмешательства у маленьких детей	
в	высокая чувствительность большинства опухолей у детей к химиотерапии и ионизирующему излучению	
г	повреждающее действие лучевой терапии на зоны роста и репродуктивную функцию	
д	все вышеперечисленное	+

271. Из солидных опухолей в детском возрасте наиболее часто встречаются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	опухоли мягких тканей	
б	опухоли почек	
в	опухоли ЦНС	+
г	опухоли костей	
д	нейрогенные опухоли	

272. Особенностью оперативных вмешательств у детей раннего возраста с онкологическими заболеваниями являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	большой объем оперативного вмешательства	
б	трудность в управлении гомеостазом	
в	повышенная чувствительность к кровопотере	
г	все перечисленное	+

273. Основной причиной запущенности болезни онкологических больных в детском возрасте являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	поздняя обращаемость	

б	недооценка и неправильная трактовка клинических и лабораторных данных врачами общей сети	+
в	скрытое течение заболевания	
г	относительно малое число визуально определяемых новообразований	

274. Для выявления амплификации N-мус-онкогена, делеции 1 р хромосомы при нейробластоме необходимо

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	клинический анализ крови, биохимический анализ крови	
б	цитологическое исследование	
в	молекулярно-генетическое исследование метафаз в лейкемических клетках	+

275. На что влияет выявление амплификации N-MYC при нейробластоме?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	на стадию заболевания	
б	на прогноз заболевания	
в	на переносимость полихимиотерапии	
г	все верно, кроме В	+

276. Дифференциальный диагноз нейрогенной опухоли средостения проводится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	с бронхогенной кистой	
б	с тимомой	
в	с неходжкинской лимфомой средостения	
г	с лимфомой Ходжкина с поражением внутригрудных лимфатических узлов	
д	со всеми перечисленными	+

277. Для уточнения опухолевого процесса в средостении у детей могут применяться

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	рентгенография в прямой и боковой проекциях	
б	компьютерная томография	
в	рентгеновская томография	
г	ультразвуковая томография	
д	все перечисленное	+

278. Способна к созреванию (реверсии) у детей

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нефробластома	
б	нейробластома	+
в	тератобластома	
г	гепатобластома	

279. При злокачественных первичных опухолях костей к сохранным операциям относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ампутация конечности	
б	сегментарная резекция кости с эндопротезированием	+
в	экзартикуляция конечности	
г	межлопаточно-грудная ампутация	

д	брюшно-промежностная экстирпация	
---	----------------------------------	--

280. Основным принципом сегментарной резекции кости при опухолевом поражении является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	широкое удаление опухоли	
б	широкое удаление опухоли в пределах непораженной опухолевым процессом костной ткани	+
в	широкое удаление опухоли с удалением регионарных лимфатических узлов	
г	широкое удаление опухоли с удалением регионарных лимфатических узлов	
д	сегментарная резекция при опухолевом процессе не производится	

281. При хирургическом лечении сарком костей соблюдаются следующие основные принципы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	радикальный характер операции	
б	абластичность оперативного вмешательства	
в	возможность дальнейшего протезирования	
г	все ответы правильные	+
д	все ответы правильные, кроме в)	

282. Выбор уровня резекции кости при ампутации зависит

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	от локализации опухоли	
б	от протяженности опухолевого роста	
в	от степени вовлечения в процесс мягких тканей	
г	от задач предстоящего протезирования	
д	все ответы верные	+

283. Остеогенная саркома чаще всего метастазирует

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	в паховые лимфоузлы	
б	в плоские кости	
в	в легкие	+
г	в кожу	
д	в головной мозг	

284. Остеогенной саркомой поражаются чаще всего

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	длинные трубчатые кости	+
б	все плоские кости	
в	кости черепа	
г	кости таза	
д	позвоночник	

285. Единственный агент внешней среды, известный как стимулятор развития остеогенной саркомы – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	химические агенты	
б	ультрафиолетовое излучение	
в	ионизирующее излучение	+
г	курение	
д	диета	

286. Наличие какого доброкачественного заболевания у пациента увеличивает риск развития остеосаркомы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	фиброма	
б	остеохондрома	+
в	гемангиома	
г	папиллома	
д	липома	

287. Пути наиболее частого метастазирования остеогенной саркомы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лимфогенный путь	
б	гематогенный путь	+
в	имплантационный путь	
г	смешанный путь	
д	сочетание 3 и 4 путей метастазирования	

288. Что не относится к рентгенологическим признакам остеогенной саркомы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	игльчатый периостит	
б	треугольник Кодмена	
в	метафизарная локализация	
г	наличие склеротических и литических очагов в кости	
д	луковичный периостит	+

289. Что НЕ входит в стандарт диагностики при подозрении на остеогенную саркому?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	рентгенография органов грудной клетки	
б	сцинтиграфия с Ga 67	+
в	трепан-биопсия образования с морфологическим исследованием	
г	MPT	
д	сцинтиграфия с Te 99	

290. Какова степень ответа остеогенной саркомы на химиотерапию, если в гистологическом материале выявляется более 50% живых опухолевых клеток?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I	
б	II	



в	III	
г	IV	
д	V	+

291. Какова степень ответа остеогенной саркомы на химиотерапию, если в гистологическом материале выявляется менее 10 % живых опухолевых клеток?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I	
б	II	
в	III	+
г	IV	
д	V	

292. Какой биохимический показатель сыворотки крови является вспомогательным прогностическим фактором при остеогенной саркоме?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	АФП	
б	ЩФ	+
в	АСТ	
г	ЛДГ	
д	С-реактивный белок	

293. Выберите неверный ответ. Остеогенная саркома

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	происходит из примитивной кость-формирующей мезенхимы	
б	продуцирует остеонид	
в	часто метастазирует в регионарные лимфатические узлы	+
г	чаще всего поражает область коленного сустава	
д	может иметь мягкотканый компонент	

294. Остеогенная саркома какой части скелета встречается реже всего, но имеет самый неблагоприятный прогноз?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	бедренной кости	
б	локтевого сустава	
в	коленного сустава	
г	таза	+
д	костей черепа	

295. Остеогенную саркому с мягкотканым компонентом чаще всего приходится дифференцировать с

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	переломом	
б	остеомиелитом	
в	вторичными изменениями в кости при онкогематологических заболеваниях	
г	рахитом	
д	доброкачественными опухолями мягких тканей	+

296. Для остеогенной саркомы характерна рентгенологическая картина

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	очага разряжения в диафизе	
б	секвестрация	
в	симптом «козырька»	+
г	луковичный периостит	
д	реакции надкостницы нет	

297. Наиболее характерными ранними клиническими проявлениями остеогенной саркомы у детей являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	боль при ходьбе	
б	ночные боли	+
в	повышение температуры тела	
г	парестезии в конечностях	
д	все ответы верны	

298. Преимущественная локализация остеогенной саркомы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	дистальный отдел бедренной кости	+
б	проксимальный отдел бедренной кости	
в	дистальный отдел плечевой кости	
г	тело позвонка	
д	ость лопатки	

299. Метод, позволяющий достоверно установить диагноз остеогенной саркомы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	рентгенография	
б	ангиография	
в	компьютерная томография	
г	морфологическое исследование	+
д	остеосцинтиграфия	

300. Какие препараты входят в схему неoadъювантной химиотерапии остеогенной саркомы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	доцетаксел, гемцитабин	
б	метотрексат, ифосфамид	
в	доксорубицин, цисплатин	+
г	карбоплатин, вепезид	
д	ифосфамид, цисплатин	

301. Остеогенная саркома высокой степени злокачественности с прорастанием в окружающие ткани по Enneking соответствует стадии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	Ia	
б	Ib	
в	IIa	
г	IIb	+

д	III	
---	-----	--

302. Остеогенная саркома низкой степени злокачественности без прорастания в окружающие ткани по Enneking соответствует стадии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	Ia	+
б	Ib	
в	IIa	
г	IIb	
д	III	

303. Пик заболеваемости остеогенной саркомой приходится на возраст

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	до 1 года	
б	3-5	
в	5-10	
г	14-19	+
д	17-21	

304. Заболеваемость в популяции остеогенной саркомой

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	мальчики : девочки = 5 : 1	
б	мальчики : девочки = 3 : 1	
в	мальчики : девочки = 1,5 : 1	+
г	мальчики : девочки = 10 : 1	
д	мальчики : девочки = 1 : 1	

305. Лучевая терапия в лечении остеогенной саркомы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	активно применяется	
б	применяется только в качестве паллиативной помощи	+
в	применяется в сочетании с оперативным лечением	
г	не применяется	
д	применяется в сочетании с химиотерапией	

306. Высокодозный ифосфамид в сочетании с этопозидом в лечении остеогенной саркомы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	применяется в качестве неоадьювантной терапии	
б	применяется в качестве терапии второй линии при плохом гистологическом ответе опухоли на предоперационную химиотерапию	+
в	применяется в качестве терапии при хорошем гистологическом ответе опухоли на предоперационную химиотерапию	
г	верно б и в	
д	не применяется	

307. Для остеогенной саркомы наиболее характерны

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	боли, усиливающиеся при ходьбе	

б	боли, усиливающиеся по ночам	+
в	боли, усиливающиеся под влиянием физиотерапии	
г	боли, усиливающиеся при иммобилизации	
д	боли в покое	

308. При остеогенной саркоме лечебной тактикой выбора является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	предоперационная лучевая терапия с отсроченной ампутацией	
б	предоперационная лучевая терапия с ампутацией и адъювантной химиотерапией	
в	предоперационная химио-лучевая терапия с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией	
г	2-4 курса неoadъювантной химиотерапии с последующей операцией и послеоперационной химиотерапией	+
д	1 курс неoadъювантной химиотерапии с последующей операцией	

309. Какой из перечисленных факторов оказывает наибольшее влияние на темп роста остеогенной саркомы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	локализация опухоли	
б	пол пациента	
в	состояние иммунной системы организма	+
г	наличие сопутствующих заболеваний	
д	состояние окружающей среды	

310. Остеогенную саркому следует дифференцировать с

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	саркомой Юинга	
б	острым гематогенным остеомиелитом	
в	артритом	
г	посттравматическими изменениями	
д	со всеми перечисленными	+

311. Метастазами в кости, уже пораженной остеогенной саркомой, называют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	метастазы Вирхова	
б	skip-метастазы	+
в	остеолитические метастазы	
г	остеобластические метастазы	
д	нет правильных вариантов	

312. Какой отличительный признак остеогенной саркомы при цитогенетическом исследовании?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	диплоидный характер опухолевых клеток	
б	мономорфизм клеток	
в	аннеуплоидия опухолевых клеток	+
г	наличие макрофагальных инфильтратов в опухоли	
д	наличие плазмоцитарных инфильтратов в опухоли	

313. Что из анамнеза пациента обращает на себя большее внимание при подозрении на остеогенную саркому?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	инфекционный мононуклеоз	
б	указание на травму области, в которой выявлена опухоль	+
в	злокачественные заболевания у родственников	
г	ночная потливость	
д	эпизоды повышения температуры до фебрильных цифр	

314. Что не относится к причинам отказа от органосохраняющих операций при остеогенной саркоме?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	прогрессирование опухолевого процесса на фоне лечения	
б	возраст больного от 6 до 10 лет	+
в	гнойные осложнения после трепан-биопсии опухоли	
г	прорастание опухолью сосудисто-нервного пучка	
д	возраст больного до 3 лет	

315. Для остеогенной саркомы наиболее характерны

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	боли, усиливающиеся при ходьбе	
б	боли, усиливающиеся по ночам	+
в	боли, усиливающиеся под влиянием физиотерапии	
г	боли, усиливающиеся при иммобилизации	
д	боли в покое	

316. Наиболее частым симптомом злокачественной опухоли кости является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	патологический перелом	
б	наличие опухолевидного образования	
в	боль	+
г	ограничение подвижности в суставе	
д	отек конечности	

317. Наиболее частая локализация синовиальной саркомы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	орбита	
б	конечности	+
в	забрюшинное пространство	
г	средостение	

318. Противопоказанием к физической реабилитации онкологических больных является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	наличие сопутствующих заболеваний	
б	наличие метастазов опухоли	+
в	пожилой возраст пациентов	
г	большой объем хирургического вмешательства	
д	большой временной промежуток между операцией и началом реабилитацион-	

	ных мероприятий	
--	-----------------	--

319. Наиболее частой локализацией злокачественной опухоли кости является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	метаэпифизы длинных трубчатых костей	+
б	плоские кости	
в	диафизы длинных трубчатых костей	
г	позвоночник	

320. В подростковом и юношеском возрасте встречаются в основном

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	опухоль Юинга	
б	остеогенная саркома	
в	хондросаркома	
г	смешанные саркомы	
д	правильные ответы а и б	+

321. Самое частое отдаленное последствие облучения

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	остеогенная саркома	
б	саркома Юинга	
в	хондросаркома	+
г	ретикулосаркома	

322. Наиболее часто саркомы костей метастазируют в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	печень	
б	легкие	+
в	лимфатические узлы	
г	кости	

323. Наиболее частой злокачественной опухолью костей является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	саркома Юинга	
б	остеогенная саркома	+
в	ретикулосаркома	
г	хондросаркома	

324. Излюбленная локализация остеосаркомы:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	бедренная кость	+
б	плечевая кость	
в	кости таза	
г	кости лицевого черепа	

325. Какой метод лечения не входит в стандарты лечения остеогенной саркомы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лучевая терапия	+
б	химиотерапия	
в	хирургический	
г	хирургический и химиотерапевтический	

326. Противопоказанием для выполнения органосохраняющей операции при остеосаркоме не является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	возраст пациента до 4 лет	
б	патологический перелом	+
в	большой объем опухолевой массы	
г	вовлечение сосудисто-нервного пучка	

327. Наиболее чувствительной опухолью к химио- и радиотерапии является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	хондросаркома	
б	остеогенная саркома	
в	саркома Юинга	+
г	верно б) и а)	

328. Основные симптомы при остеогенной саркоме все, кроме:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	боли	
б	нарушение функций конечности	
в	сгибательная контрактура	
г	субфебрилитет	+

329. Наиболее злокачественной опухолью костей является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	хондромиксосаркома	
б	остеобластокластома	
в	фибросаркома	
г	остеогенная саркома	+

330. Наиболее характерным рентгенологическим признаком остеогенной саркомы являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	козырек Кодмена	
б	вздутие кости, ячеистость структуры, отсутствие периостальных наслоений	
в	костные спиккулы, костный дефект с изъеденными краями	
г	верно а) и в)	+

331. Наиболее характерным рентгенологическим признаком гигантоклеточной опухоли является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	козырек Кодмена	
б	вздутие кости, ячеистость структуры, отсутствие периостальных наслоений	+
в	расширение костномозгового канала	
г	костные спикеры, костный дефект с изъеденными краями	

332. Наиболее частой локализацией остеомы является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	бедро берцовой кости	
б	диафиз длинных трубчатых костей	+
в	мелкие трубчатые кости	
г	плоские кости черепа	

333. Основным методом лечения хондросаркомы является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	хирургический	+
б	лучевая терапия	
в	химиотерапия	
г	иммунотерапия	
д	таргетная терапия	

334. Наиболее характерной локализацией развития опухолей Юинга является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	метафиз трубчатых костей	
б	эпифиз трубчатых костей	
в	костномозговой канал	+
г	кости таза, плечевого пояса	
д	суставная поверхность кости	

335. Наиболее характерной локализацией развития гигантоклеточной опухоли является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	метафиз трубчатых костей	
б	эпифиз трубчатых костей	
в	костномозговой канал	
г	верно а) и в)	+
д	нет правильного ответа	

336. Что не относится к рентгенологическим признакам остеогенной саркомы?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	игельчатый периостит	
б	треугольник Кодмена	
в	метафизарная локализация	
г	наличие склеротических и литических очагов в кости	
д	луковичный периостит	+



337. При лечении метастазов остеогенной саркомы следует отдать предпочтение следующим методам

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	хирургический метод	
б	химиотерапии	
в	хирургическому методу +химиотерапия	+
г	лучевой терапии	

338. Обязательной гидратации 3 л/м<sup>2</sup> требуют препараты

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	адрибластин, этопозид	
б	цисплатина, ифосфамид	+
в	винкристин, винбластин	
г	все химиопрепараты	

339. Какое место занимают опухоли ЦНС среди злокачественных новообразований детского возраста?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	первое	
б	второе	+
в	третье	
г	четвертое	
д	пятое	

340. К особенностям опухолей головного мозга у детей НЕ относится:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	склонность к кистообразованию	
б	инфильтративный рост	
в	развитие геморрагического синдрома	+
г	отсутствие лимфогенного метастазирования	
д	развитие менингеальных симптомов	

341. Среди опухолей ЦНС у детей наиболее часто встречается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	олигодендроглиома	
б	АТРО	
в	медуллобластома	+
г	глиосаркома	
д	ПНЭТ	

342. В диагностике опухолей головного мозга НЕ используется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	КТ с контрастированием	
б	МРТ с контрастированием	
в	магнитно-резонансная ангиография	
г	МИБГ	+
д	ПЭТ	

343. По происхождению медуллобластома относится к

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	эмбриональным опухолям	+
б	нейрофибромам	
в	менингиомам	
г	герминомам	
д	астроцитарным опухолям	

344. Медуллобластома входит в состав наследственного синдрома

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	WAGR	
б	Beckwith-Wiedemann	
в	Denis-Drash	
г	все варианты верны	
д	нет верного варианта	+

345. Гистологические варианты медуллобластомы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	папиллярная, фолликулярная	
б	альвеолярная, эмбриональная	
в	десмопластическая, классическая	+
г	фибриллярная, пилоцитарная	
д	нодулярный склероз, классический вариант	

346. Средний возраст развития медуллобластомы у детей

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	до 1 года	
б	5 лет	
в	10 лет	+
г	13-15 лет	
д	18 и более лет	

347. Преимущественной локализацией медуллобластомы у детей является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	спинной мозг	
б	субарахноидальное пространство	
в	область задней черепной ямки	+
г	ствол головного мозга	
д	полушария головного мозга	

348. В клинической картине медуллобластомы преобладают

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	судорожный синдром	
б	синдром внутричерепной гипертензии	+
в	эндокринопатии	
г	зрительные нарушения	
д	менингеальные симптомы	

349. Гипертензионный синдром характеризуется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	общемозговыми симптомами	
б	застойными дисками зрительных нервов	
в	повышенным ликворным давлением	
г	гипертензионными рентгенографическими изменениями костей черепа	
д	всем перечисленным	+

350. Длительное бессимптомное течение медуллобластомы у детей можно объяснить

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	анатомо-физиологическими особенностями головного мозга	
б	анатомо-физиологическими особенностями черепа	
в	способностью к компенсации развивающихся нарушений	
г	недостаточной дифференцировкой ядер и анализаторов	
д	все верно	+

351. Наиболее часто медуллобластома метастазирует

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	в лимфатические узлы	
б	в кости	
в	в легкие	
г	в печень	
д	в другие области нервной системы	+

352. При диаметре опухоли  $\geq 3$  см, проникновении в соседние структуры или частичном заполнении IV желудочка устанавливается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	T1	
б	T2	+
в	T3a	
г	T3b	
д	T4	

353. При прорастании опухоли в соседние структуры или заполнении IV желудочка целиком, распространении по силвиеву водопроводу, отверстиям *Magendie* и *Luschka* с образованием внутренней гидроцефалии, устанавливается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	T1	
б	T2	
в	T3a	+
г	T3b	
д	T4	

354. При заполнении IV желудочка опухолью целиком и инфильтрации ствола мозга и/или ножки IV желудочка, устанавливается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	T1	

б	T2	
в	T3a	
г	T3b	+
д	T4	

355. При отсутствии признаков субарахноидальных и гематогенных метастазов устанавливается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	M0	+
б	M1	
в	M2	
г	M3	
д	M4	

356. При наличии опухолевых клеток в цереброспинальной жидкости устанавливается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	M0	
б	M1	+
в	M2	
г	M3	
д	M4	

357. При выявлении узла в мозжечке или субарахноидальном пространстве, или в III и боковых желудочках мозга устанавливается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	M0	
б	M1	
в	M2	+
г	M3	
д	M4	

358. При выявлении опухолевых узлов в спинальном субарахноидальном пространстве устанавливается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	M0	
б	M1	
в	M2	
г	M3	+
д	M4	

359. Выявление внемозговых метастазов позволяет установить

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	M0	
б	M1	
в	M2	
г	M3	
д	M4	+

360. К группе высокого риска НЕ относятся пациенты

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	старше 4 лет	+
б	с наличием метастазов в ЦНС	
в	с наличием метастазов вне ЦНС	
г	с наличием опухолевых клеток в ликворе	
д	с наличием остаточной опухоли >1,5 см <sup>2</sup>	

361. Положительным прогностическим маркером медуллобластомы является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	N-мус-амплификация	
б	экспрессия c-kit	
в	экспрессия В-катенина	+
г	все перечисленное	
д	нет правильного ответа	

362. При лечении медуллобластомы на современном этапе наиболее эффективным является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	только хирургическое лечение	
б	только лучевая терапия	
в	только химиотерапия	
г	хирургическое лечение + лучевая терапия	
д	хирургическое лечение + химиотерапия + лучевая терапия	+

363. При удалении более 90 % опухоли и при наличии остаточной опухолевой ткани операция классифицируется как

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	тотальное удаление	
б	почти тотальное удаление	+
в	субтотальное удаление	
г	частичное удаление	
д	биопсия	

364. При удалении более 51-90 % опухоли, операция классифицируется как

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	тотальное удаление	
б	почти тотальное удаление	
в	субтотальное удаление	+
г	частичное удаление	
д	биопсия	

365. Для оценки радикальности операции, необходимо проведение МРТ

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	в течение 5 ч	
б	в течение 10-15 ч	
в	в течение 24-72 ч	+
г	на 5 сутки	
д	на 7 сутки	

366. Химиопрепараты, наиболее часто используемые для лечения медуллобластомы у детей

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	винкристин, метотрексат, циклофосфан	+
б	актиномицин, доксорубин, этопозид	
в	гемцитабин, доцетаксел	
г	цитозар, аспарагиназа, меркаптопурин	
д	5-фторурацил, лейковорин, оксалиплатин	

367. Причиной для отсрочки очередного курса химиотерапии НЕ является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	гематологическая токсичность: WBC < 2 тыс./л, GRA < 500/л	
б	нефротоксичность: креатинин > 1,5*исходный уровень	
в	гепатотоксичность: трансаминазы > 1,5*верхняя граница нормы	
г	ототоксичность: снижение слуха > 30 dB	+
д	мукозит 3-4 ст.	

368. Показанием для интравентрикулярного введения метотрексата при медуллобластоме является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	всем детям в качестве профилактики	
б	дети младше 5 лет	
в	дети старше 5 лет при наличии метастазов	+
г	невозможность хирургического удаления опухоли	
д	рецидив заболевания	

369. Как называется устройство для интравентрикулярного введения метотрексата?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	рычажок Энгельмана	
б	вентрикулоскоп	
в	канюля Штраубе	
г	резервуар Оммаи	+
д	трубка Рише-Нуазета	

370. Противопоказанием для интравентрикулярного введения метотрексата НЕ является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	клинические признаки инфекции ЦНС	
б	клинические признаки нарушения оттока ликвора	
в	количество тромбоцитов 50 тыс.	+
г	наличие гигромы, прилегающей к вентрикулярной системе	
д	белок в ликворе >800 мг/л	

371. При лечении медуллобластомы у детей используется

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	дистанционная конформная лучевая терапия	+
б	брахитерапия	
в	радиохирургическое лечение кибер-ножом	
г	фотодинамическая терапия	

д	все перечисленное	
---	-------------------	--

372. При злокачественных опухолях головного мозга лучевая терапия не проводится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	при тотальном удалении опухоли	
б	у детей до 3 лет	+
в	у детей до 12 лет	
г	при эпилептическом синдроме	

373. К особенностям лучевой терапии медуллобластомы НЕ относится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	фиксированное положение ребенка	
б	использование специальных блоков для экранирования здоровых тканей	
в	оптимальная разовая доза 2-2,5 Гр	+
г	облучение производится с 2 боковых противолежащих полей	
д	все варианты верны	

374. К возможным осложнениям лучевой терапии при медуллобластоме относится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лучевой цистит	
б	лучевой пневмонит	
в	лучевой миелит	+
г	лучевой гепатит	
д	лучевой колит	

375. Доза лучевой терапии на первичный очаг у больных высокого риска составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	18 Гр	
б	24 Гр	
в	36 Гр	
г	55 Гр	+
д	60 Гр	

376. ВДХТ с ауто-ТГСК

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	не применяется у детей с опухолями ЦНС	
б	стандарт в группе высокого риска	
в	используется только у детей младше 3 лет	
г	стандарт при рецидиве	+
д	используется при прогрессировании во время лечения	

377. К прогностическим факторам при медуллобластоме не относится

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	возраст ребенка	
б	стадия заболевания	
в	объем лечения	
г	пол ребенка	+
д	гистологический вариант опухоли	

378. Пятилетняя выживаемость детей с опухолями ЦНС составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	10-20 %	
б	30-40 %	
в	50-60 %	+
г	70-80 %	
д	90-100 %	

379. Возможные отдаленные последствия лечения опухолей ЦНС у детей

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нарушение структуры костной ткани, остеопороз	
б	нарушение репродуктивной функции	
в	задержка психомоторного развития	
г	развитие вторичных опухолей	
д	все перечисленное	+

380. Какие клетки являются источником герминогенных опухолей?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	стволовые	
б	половые	+
в	нервные	
г	мезенхимальные	

381. Дисгерминома (семинома) наиболее часто встречается в возрасте

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	до 2 лет	
б	2-5 лет	
в	6-15 лет	
г	15-18 лет	+

382. Внегонадная локализация герминогенной опухоли наиболее часто встречается в возрасте

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	до 2 лет	+
б	2-5 лет	
в	6-15 лет	
г	15-18 лет	

383. Наиболее характерная локализация герминогенных опухолей

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	печень, носоглотка, мочевого пузыря	
б	брюшная полость, влагалище	
в	крестцово-копчиковая область, гонады	+
г	область головы и шеи, средостение	



384. В структуре злокачественных заболеваний у детей герминогенные опухоли составляют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	1-3 %	
б	3-8 %	+
в	8-20 %	
г	20-40 %	

385. В структуре злокачественных заболеваний половых органов у детей герминогенные опухоли составляют

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	20 %	
б	30 %	
в	55 %	
г	80 %	+

386. Среди злокачественных заболеваний яичников у девочек наиболее часто встречаются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	эпителиальные опухоли	
б	герминогенные опухоли	+
в	опухоли стромы полового тяжа	

387. Прогностически неблагоприятными гистологическими подтипами являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	дисгерминома, тератома	
б	эмбриональный рак, семинома	
в	дисгерминома, опухоль желточного мешка	
г	опухоль желточного мешка, хориокарцинома	+

388. Какой гистологический подтип герминогенных опухолей наиболее часто сочетается с пороками развития и генетическими синдромами

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	гонадобластома	+
б	дисгерминома	
в	опухоль желточного мешка	
г	хориокарцинома	

389. Наличие макроскопической остаточной опухоли у ребенка с герминогенной опухолью яичника можно отнести к

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I стадии	
б	II стадии	
в	III стадии	+
г	IV стадии	

390. Наиболее характерная локализация опухоли желточного мешка

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	яичники	
б	забрюшинное пространство	
в	средостение	
г	крестцово-копчиковая область	+

391. Смешанные герминогенные опухоли встречаются в

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	5 %	
б	10 %	
в	30 %	+
г	65 %	

392. Наиболее характерными клиническими признаками незрелой тератомы крестцово-копчиковой области являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нарушение функции тазовых органов, новообразование в области крестца	+
б	новообразование в области крестца, асцит	
в	увеличение живота в объеме, интоксикация	
г	болевого синдром, анемия	

393. Наиболее характерные клинические признаки дисгерминомы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нарушение функции тазовых органов	
б	новообразование в брюшной полости, болевой синдром	+
в	перитонит, интоксикация	
г	асцит, анемия	

394. Наиболее характерные клинические признаки поражения средостения герминогенной опухолью

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	болевого синдром, анемия	
б	одышка, синдром верхней полой вены	+
в	тахикардия, интоксикация	
г	асцит, анемия	

395. Характерными иммуногистохимическими маркерами герминогенных опухолей являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ПСА	
б	СА-125	
в	АФП, ХГЧ	+
г	NSE	

396. Какой материал берется для определения маркёров герминогенных опухолей

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	моча	
б	кровь	
в	ликвор	
г	слюна	
д	кровь + ликвор	+

397. Неблагоприятными прогностическими факторами при герминогенных опухолях у детей являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	разрыв капсулы опухоли, наличие опухолевого тромба	+
б	уровень АФП в 2 раза выше нормы	
в	анемия, интоксикация	
г	наличие заболевания в поколениях	

398. Основным иммуногистохимическим маркёром хориокарциномы является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	АФП	
б	СА-125	
в	NSE	
г	ХГЧ	+

399. Основным иммуногистохимическим маркёром опухоли желточного мешка является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	АФП	+
б	ЛДГ	
в	NSE	
г	ХГЧ	

400. К какому возрасту у здорового ребенка уровень АФП становится таковым, как у взрослого

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	6 месяцев	
б	12 месяцев	+
в	2 года	
г	3 года	

401. Уровень АФП у здорового ребенка 5-6 месяцев составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	134734 ± 41444 нг/мл	
б	33113 ± 32503 нг/мл	
в	26540 ± 3080 нг/мл	
г	46,5 ± 9,8 нг/мл	+

#### 402. Период полураспада АФП

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	16 часов	
б	24 часа	
в	3 дня	
г	4 дня	+

#### 403. Период полураспада ХГЧ

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	16 часов	+
б	24 часа	
в	3 дня	
г	1 дня	

#### 404. Наличие макроскопической остаточной опухоли у ребенка с герминогенной опухолью яичника можно отнести к

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I стадии	
б	II стадии	
в	III стадии	+
г	IV стадии	

#### 405. Наличие микроскопической остаточной опухоли у ребенка с герминогенной опухолью яичника можно отнести к

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I стадии	
б	II стадии	+
в	III стадии	
г	IV стадии	

#### 406. Отдаленные метастазы при герминогенных опухолях чаще всего локализуются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	в головном мозге	
б	в лимфатических узлах	
в	в легких	+
г	в мягких тканях	

#### 407. Основными методами, применяемыми в диагностике герминогенных опухолей, являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	реносцинтиграфия, лимфосцинтиграфия	
б	ПЭТ/КТ всего тела	
в	КТ, МРТ пораженной зоны	+
г	ФГДС	

408. Что необходимо для постановки диагноза герминогенной опухоли ЦНС

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	операция (биопсия)	+
б	МРТ-КТ	
в	на основании повышения уровня онкомаркёров + результатов МРТ-КТ	
д	на основании повышения уровня онкомаркёров + результатов биопсии	

409. Ведущим методом лечения герминогенных опухолей у детей является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	химиотерапия	+
б	оперативное лечение	
в	лучевая терапия	

410. Девочкам с герминогенной опухолью яичника 1 этапом лечения рекомендовано проводить

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	химиотерапию	
б	оперативное лечение	+
в	лучевую терапию	

411. Детям с герминогенной опухолью крестцово-копчиковой области 1 этапом лечения рекомендовано проводить

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	химиотерапию	+
б	оперативное лечение	
в	лучевую терапию	

412. Основным цитостатический препарат, применяемый для лечения герминогенных опухолей у детей

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	метотрексат	
б	этопозид	
в	ифосфамид	
г	цисплатин	+

413. Какой препарат полностью исключается из лечения герминогенных опухолей у детей младше 4 месяцев

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	метотрексат	
б	этопозид	
в	ифосфамид	+
г	цисплатин	

414. Общая выживаемость детей с герминогенными опухолями составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	100-90 %	
б	80-70 %	+
в	60-40 %	
г	30-20 %	

415. Пятилетняя выживаемость детей с дисгерминомой яичника I ст. составляет

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	95 %	+
б	80 %	
в	70 %	
г	55 %	

416. Какие реакции проводятся для диагностики лейкоза?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	цитохимическое исследование	
б	мультипараметрическая проточная цитометрия	
в	цитогенетическое исследование	
г	все ответы верны	+

417. Более скольких процентов лейкемических клеток необходимо определить в пунктате костного мозга, чтобы диагностировать лейкоз?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	> 20 %	
б	> 35 %	
в	> 25 %	+
г	> 5 %	

418. Для стратификации больных лейкозом в группу стандартного риска по противорецидивному протоколу ALLREZ-BFM 95 необходимо

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	отсутствие критериев для группы высокого риска	
б	инициальный лейкоцитоз < 20000/ $\mu$ kl	
в	отсутствие пре-Т, Т-иммунологии и/или отсутствие поражения переднего сре-достения	
г	возраст > 1 года, но < 6 лет	
д	все ответы верны	+

419. Для стратификации больных лейкозом в группу среднего риска (MRG – «medium risk») по противорецидивному протоколу ALLREZ-BFM 95 необходимо

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	отсутствие критериев для группы высокого риска	
б	возраст < 1 года, или $\geq$ 6 лет	
в	транслокация (9; 22) или PCR/ABL	
г	правильный ответ А и Б	+
д	правильный ответ А и В	

420. Лейкемизация при неходжкинских лимфомах у детей чаще наблюдается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	при Т-лимфобластных опухолях	+
б	при В-клеточных опухолях	
в	одинаково часто при Т- и В-клеточных опухолях	

421. Выберите наиболее информативный метод для выявления опухолевого поражения печени

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	рентгенологическое исследование	+
б	ангиография	
в	РКТ	
г	МРТ	
д	УЗИ	

422. На каком сроке гестации происходит закладка печени у эмбриона

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	3 месяца	+
б	2 месяца	
в	3 неделя	
г	5 неделя	

423. Мезодермальная опухоль печени относится к злокачественным новообразованиям?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	да	+
б	нет	
в	в разных случаях по-разному	

424. Какую классификацию используют для гепатобластом?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	Baggenstoss	+
б	Quenum	
в	Baker	
д	Hagstrom	

425. Методом лечения гепатобластомы является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	операция + химиотерапия	+
б	операция + лучевая терапия	
в	только операция	
д	химио-лучевое лечение	

426. Альфа-фетопроtein является маркером

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	гепатоцеллюлярной карциномы	

б	гепатобластомы	
в	любой опухоли печени	+

427. Методом выбора при лечении первичного рака печени является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	хирургический метод	+
б	системная химиотерапия	
в	регионарная химиотерапия	
г	лучевая терапия	

428. Стадирование гепатобластомы по системе PRETEXT основано на:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	делении печени на 4 сектора	+
б	делении печени на 5 секторов	
в	делении печени на 7 сегментов	
г	делении печени на 8 сегментов	
д	уровне АФП	

429. Дополнительный критерий С системы PRETEXT означает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	разрыв капсулы печени	
б	вовлечение хвостатой доли	+
в	наличие двух изолированных опухолевых узлов	
г	наличие асцита	
д	вовлечение воротной вены	

430. Дополнительный критерий V системы PRETEXT означает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	наличие асцита	
б	вовлечение воротной вены	
в	вовлечение нижней полой вены	+
г	вовлечение регионарных лимфатических узлов	
д	внепеченочное распространение опухоли	

431. Дополнительный критерий Р системы PRETEXT означает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	наличие внеабдоминальных метастазов в лимфатических узлах	
б	наличие отдаленных метастазов	
в	вовлечение печеночных вен	
г	вовлечение воротной вены	+
д	внутрибрюшное кровотечение	

432. Клинически заподозрить наличие меланомы кожи можно по следующим признакам

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	гиперпигментации	
б	асимметрии невоидного образования	
в	бурный темп роста опухоли	
г	выпадение волос на волосатом невусе	



д	все ответы правильные	+
---	-----------------------	---

433. Хирургический метод лечения меланомы кожи у детей включает

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	частичное иссечение опухолевой ткани с гистологическим исследованием	
б	глубокое иссечение кожи с опухолью с захватом подкожной клетчатки до фасции	+
в	иссечение опухоли с регионарными лимфатическими узлами	

434. Среди сарком мягких тканей чаще встречаются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ангиосаркома	
б	синовиальная саркома	
в	рабдомиосаркома	+

435. Наиболее частая локализация рабдомиосаркомы у детей

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	урогенитальный тракт	+
б	голова и шея	
в	конечности	
г	забрюшинное пространство	

436. К группе параменингеальных относят опухоли, локализирующиеся в следующих областях

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	полость носа и околоносовые пазухи, крылонебная ямка	
б	среднее ухо и височная область	
в	носоглотка	
г	орбита	
д	все перечисленные	+

437. При рабдомиосаркоме влагалища ранними симптомами являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	выделение из половых путей	+
б	затрудненное мочеиспускание	
в	дизурические явления	
г	все перечисленное	

438. Среди сарком мягких тканей у детей чаще встречается:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	ангиосаркома	
б	синовиальная саркома	
в	рабдомиосаркома	+
г	липосаркома	
д	злокачественная фиброзная гистиоцитома	

439. Среди морфологических вариантов рабдомиосаркомы у детей преобладает:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	эмбриональный вариант	+
б	альвеолярный вариант	
в	плеоморфный вариант	
г	юингоподобный вариант	
д	недифференцированный вариант	

440. В структуре опухолей у детей саркомы мягких тканей занимают:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	второе	+
б	третье	
в	четвертое место	
г	пятое место	
д	шестое место	

441. Наиболее часто встречающаяся морфологическая форма злокачественных опухолей мочевого пузыря у детей – это

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	рак мочевого пузыря	+
б	рабдомиосаркома мочевого пузыря	
в	папилломатоз	
г	ангиосаркома мочевого пузыря	
д	фибросаркома мочевого пузыря	

442. Среди опухолей половых органов у детей чаще встречается

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лейомиосаркома	+
б	рабдомиосаркома	
в	карциносаркома	
г	эндометриальная саркома	
д	карцинома	

443. Наиболее частое осложнение у пациентов с постцитостатической цитопенией

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	инфекции	+
б	геморрагический синдром	
в	диарея	
г	неврологические осложнения	

444. Профилактическое облучение ЦНС применяется при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лимфоме Ходжкина	+
б	остром лимфобластном лейкозе	
в	лангергансовоклеточном гистиоцитозе	
г	нейробластоме	

445. Противопоказанием для применения ифосфамида является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	инфаркт в анамнезе	
б	геморрагический цистит	+
в	повышение трансаминаз в 2-3 раза	
г	аллергические реакции в анамнезе	

446. Противопоказанием для назначения антрациклинов является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	диссеминация опухолевого процесса	
б	сердечно-сосудистая недостаточность	+
в	отсутствие одной почки	

447. Эффективная предоперационная химиотерапия в ряде случаев может привести к

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	уменьшению объема опухоли	
б	переводу больного в операбельное состояние	
в	возможному сокращению объема оперативного вмешательства	
г	всему перечисленному	+

448. Статистически значимое увеличение жизни больных с диссеминированным опухолевым процессом достигается при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	получении полного эффекта	+
б	получении эффекта менее 50 %	
в	получение субъективного эффекта	

449. К побочным реакциям химиотерапии относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	тошнота и рвота	
б	гипертермия	
в	агранулоцитоз	
г	нефротоксичность	
д	правильные ответы а) и б)	
е	все	+

450. К осложнениям химиотерапии относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	диарея	
б	анорексия	
в	стоматит	
г	цистит	
д	а + б + в	
е	все	+

451. Токсические эффекты винкристина

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	тахикардия	
б	периферическая нейропатия	+
в	гипертермия	
г	гиперкинезы	

452. Основным осложнением при химиотерапии препаратами платины является

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нефротоксичность	
б	геморрагический цистит	
в	ототоксичность	
г	цитопенический синдром	
д	а + в	+

453. Основные осложнения блеомицина

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	тошнота, рвота	
б	стоматит	
в	нефротоксичность	
г	легочная токсичность	+
д	ототоксичность	

454. Главные факторы, определяющие токсичность антрациклинов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	пол	
б	кумулятивная доза	+
в	вид антрациклина	
г	возраст	
д	а + б	
е	а + б + г	
ж	все	

455. Лечебные методы, вызывающие легочную токсичность

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	лучевая терапия	
б	химиотерапия	
в	лучевая терапия + химиотерапия	+

456. Термин «симптоматическая терапия» означает

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	терапию, направленную на устранение осложнений, связанных со специфической терапией	+
б	терапию, направленную на уменьшение первичной опухоли	
в	терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов	

457. Наиболее частые осложнения высокодозного метотрексата

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	сердечная недостаточность	
б	токсический гепатит	
в	глубокая цитопения	
г	мукозит	
д	б + в	
е	б + г	+

458. Наибольшей миелотоксичностью обладает

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	цисплатина	
б	карбоплатина	+
в	оксалиплатина	

459. Перед назначением препаратов платины необходимо

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	определение величины ударного объема сердца	
б	определение уровня клубочковой фильтрации	+
в	ЭКГ	

460. Введение цисплатины обязательно требует

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	гидратации 3 л/м <sup>2</sup> в сутки	
б	назначения магния	
в	назначение лазикса	
г	назначение десенсибилизирующих препаратов	
д	а + б	+
е	а + в	

461. Ко-тримоксазол назначают пациентам

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	только при развитии лимфопении	
б	только при развитии нейтропении	
в	на протяжении всего периода лечения цитостатиками	+

462. Ко-тримоксазол назначают пациентам

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	2-3 дня в неделю, но не во время введения метотрексата	
б	150 мг/м <sup>2</sup> /сутки или 5 мг/кг/сутки по триметоприму	
в	для профилактики пневмоцистной пневмонии	
г	для профилактики респираторных инфекций	
д	а + б + в	+
е	а + в + г	

463. Для профилактики запоров и пареза кишечника могут быть использованы

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	смеси для энтерального питания с пищевыми волокнами	
б	лактолоза	+
в	лоперамид	
г	а + б	
д	а + в	

464. Оптимальная стартовая комбинация эмпирической антибактериальной терапии при нейтропении

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	цефалоспорин + аминогликозид	+
б	ванкомицин + карбопием	
в	макролид II поколения	
г	цефепим + флуконазол	

465. Тактика ведения пациента с фебрильной нейтропенией

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	забор крови, мочи на посев до введения антибиотиков	
б	эмпирическая антибактериальная терапия (цефалоспорин+ аминогликозид)	
в	коррекция антибактериальной терапии после результатов бактериологического исследования	
г	а + б + в	+

466. Для лечения кандидозного стоматита/эзофагита целесообразно использовать

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	флуконазол в суспензии	
б	флуконазол в/в капельно	
в	итраконазол в суспензии	
г	амфотерицин б в/в капельно	
д	каспофунгин в/в капельно	+
е	амфотерицин в суспензии или таблетках	

467. Под верификацией микоза понимают

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	характерная рентгенологическая картина + клинические проявления	
б	характерная рентгенологическая картина +наличие у пациента факторов риска + клинические проявления	
в	получение культуры или гистологическое исследование биоптата	+

468. Что обозначает аббревиатура «АВ» в результатах анализа крови на кислотно-основное состояние?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	актуальное содержание бикарбонатов в крови	+
б	стандартное содержание бикарбонатов в крови	
в	избыток оснований экстрацеллюлярной жидкости	

469. Метаболический ацидоз наблюдается при

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	рН ниже нормы	+
б	рН выше нормы	
в	рН в норме	

470. Каковы физические факторы, регулирующие клеточное распространение  $K^+$ ?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	инсулин, осмолярность, целостность ткани	+
б	инсулин, катехоламины, альдостерон	
в	катехоламины, осмолярность, КОР	

471. К нефротическому синдрому относятся следующие критерии

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	отек, белок больше 1, диспротеинемия	+
б	гипертензия, гематурия, отеки, олигурия	
в	отеки, олигурия, диспротеинемия	

472. К нефритическому синдрому относятся следующие критерии:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	отек, белок больше 1, диспротеинемия	+
б	гипертензия, гематурия, отеки, олигурия	
в	отеки, олигурия, диспротеинемия	

473. К антибиотикам, содержащим бета-лактамное кольцо, относятся

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	левомицетин	+
б	сульперазол	
в	кларитромицин	
г	ванкомицин	

474. Каспофунгин относят к следующей группе антимикотических препаратов

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	азольные антимикотики	+
б	полиены	
в	эхинокандины	
г	флюоропиримидины	

475. К группе азольных антимикотиков относятся:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	итраконазол, флюконазол, анидулафунгин	+
б	флюконазол, вориконазол, позаконазол, флуцитозин	
в	флуцитозин, амфотерицин в, вориконазол	
г	амфотерицин в, позаконазол, микафунгин	
д	итраконазол, флюконазол, вориконазол, позаконазол	

476. Критерии диагностики острого инвазивного кандидоза:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	однократное выделение <i>Candida sp.</i> при посеве крови	
б	однократное выделение <i>Candida sp.</i> при посеве со слизистых полости рта	
в	выявление <i>Candida sp.</i> при посеве и/или гистологическом исследовании материала из глубоких тканей двух и более локализаций	
г	верны ответы а) и в)	+
д	верны ответы а) и б)	

477. Основными препаратами для лечения инвазивного кандидоза являются:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	эхинокандины	+
б	полиены	
в	азолы	
г	комбинация азолов и полиенов	
д	комбинация полиенов и эхинокандинов	

478. Длительность антифунгальной терапии при инвазивном кандидозе у иммунокомпрометированных больных:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	до первого отрицательного посева	
б	возможна плановая вакцинация на фоне продолжающейся химиотерапии	
в	через 1 месяц	+
г	через 3 месяца	
д	через 6 месяцев	

479. Препаратами выбора при терапии инвазивного кандидоза у детей являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	амфотерицин В или флуконазол	
б	каспофунгин или микафунгин	+
в	позаконазол или липидный комплекс амфотерицина В	
г	вориконазол или итраконазол	

480. Для профилактики пневмоцистной пневмонии применяется длительный прием в поддерживающей дозе препарата:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	позаконазол	
б	клотримазол	
в	ко-тримоксазол	+
г	амоксциллин-клавуланат	
д	зидовудин	

481. Какой из нижеперечисленных препаратов обладает способностью разрушать биопленки?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	линезолид	
б	klarитромицин	+
в	тигациклин	
г	фосфомицин	
д	мидекамицин	



482. Показанием к проведению эмпирической антифунгальной терапии являются

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	гранулоцитопения 4 степени	
б	фебрильная нейтропения	
в	длительность лихорадки на фоне антибиотикотерапии более 4-х дней	+
г	все выше перечисленное	

483. Препаратом выбора терапии инвазивного аспергиллеза является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	позаконазол	
б	липидный комплекс амфотерицина В	
в	каспофунгин	
г	вориконазол	+
д	любой из вышеперечисленных	

484. Сроки начала вакцинации живыми вакцинами онкологических больных после окончания лечения:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	не установлены	
б	через 1 месяц	
в	через 3 месяца	
г	через 6 месяцев	+
д	не ранее, чем через год	

485. Сроки начала вакцинации убитыми вакцинами онкологических больных после окончания лечения:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	не установлены	
б	возможна плановая вакцинация на фоне продолжающейся химиотерапии	
в	через 1 месяц	+
г	через 3 месяца	
д	через 6 месяцев	

486. У больных после спленэктомии обязательна вакцинация

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	антигемофильной вакциной	
б	пневмококковой вакциной	+
в	вакциной против гепатита в	
г	АКДС	
д	АДС-М	

487. Мальчик 13 лет пожаловался на увеличение обеих молочных желез. Узловых образований не выявляется. Наиболее целесообразным в данном случае является:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	обследование у уролога, эндокринолога, терапевта	+
б	маммография	
в	пункция молочных желез с последующим цитологическим исследованием	
г	назначение гормонотерапии	

488. На поликлиническом приеме мать ребенка жалуется на изменение цвета зрачка. Необходимо:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	выяснить, есть ли среди родственников больные ретинобластомой	
б	выполнить полный офтальмологический осмотр с оценкой сетчатки глаза	
в	дополнить осмотр инструментальными методами (УЗИ, рентгенограммы, КТ, МРТ орбит и головного мозга)	
г	все перечисленное	+

489. Больной 15 лет в экстренном порядке произведено удаление левых придатков по поводу перекрута ножки опухоли, диаметр опухоли 5 см. Гистологически – дисгерминома с участками незрелой тератомы. В дальнейшем следует выполнить:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	релапаротомию с удалением матки и правых придатков	
б	облучение + химиотерапию	
в	полихимиотерапию	+
г	наблюдение	

490. При рабдомиосаркоме мочевого пузыря размерами 6 см, растущей в просвет мочевого пузыря и располагающейся в области боковой стенки органа, объемом операции будет:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	экономное удаление опухоли	
б	резекция мочевого пузыря в пределах здоровой ткани	+
в	экстирпация мочевого пузыря	
г	все ответы неправильны	

491. У ребенка в возрасте 1 года диагностирована незрелая тератома яичка. Метастазы не выявлены. Рекомендуются лечение:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	орхофуникулэктомия с высокой перевязкой семенного канатика	+
б	1 + послеоперационная химиотерапия	
в	1 + послеоперационная лучевая терапия	
г	комплексное лечение	

492. Какие рентгенологические признаки характерны для метастатического поражения костей у детей:

- а) поражение одной кости,
- б) литические очаги, окруженные склеротическим ободком,
- в) множественное поражение скелета,
- г) мелкоочаговая деструкция,
- д) участки деструкции без четких контуров?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	все ответы правильны	
б	правильны только 3 последних признака	+
в	правильны только 3 первых признака	
г	правильны ответы б, г, д	

493. Больная 14 лет, рост 175 см, диагноз «остеогенная саркома дистального метафиза бедренной кости». Мягкотканый компонент слабо выражен. Рентгенологическая протяженность 7 см. Какой объем оперативного вмешательства возможен?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	экзартикуляция бедра	
б	резекция бедренной кости с эндопротезированием	+
в	экскохлеация опухоли	

494. У ребенка 2 лет наблюдаются значительное ухудшение самочувствия, резкое снижение аппетита, появление тошноты и рвоты без видимых причин, бледность кожных покровов, быстрое нарастание гиподинамии. При пальпации живота определяется неподвижная мелкобугристая опухоль слева, переходящая через среднюю линию живота. Экскреторная урография обнаруживает незначительную деформацию почечной системы, смещение почки и мочеточника латерально. При рентгенографии черепа выявлены множественные очаги деструкции вблизи швов. Исследование мочи на катехоламины обнаруживает увеличение незрелых фракций катехоламинов. Ваш диагноз?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	нефробластома	
б	неходжкинская лимфома абдоминальной локализации	
в	нейрогенная забрюшинная опухоль	+
г	опухоль яичника	

495. У 7-летней девочки, здоровой до данного момента, внезапно без какой-либо травмы появились на коже синяки и кровоподтеки. Назовите наиболее вероятный диагноз:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	острый лимфобластный лейкоз	+
б	болезнь Шенлейна-Геноха	
в	идиопатическая тромбоцитопения	
г	гемофилия	
д	ни одно из указанных	

496. У ребенка 2 лет диагностирована забрюшинная правосторонняя нейробластома, III стадия заболевания с поражением паракавадных лимфатических узлов (T3, N1, M0). По данным УЗИ возможно прорастание опухоли в головку поджелудочной железы, печень. На КТ участка в проекции опухоли нижняя полая вена не визуализируется. Выберите стратегию терапии пациента:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	операция – полихимиотерапия	
б	операция – полихимиотерапия – дистанционное облучение	
в	полихимиотерапия – операция – полихимиотерапия – лучевая терапия	+
г	предоперационное облучение – операция – полихимиотерапия – лучевая терапия	

497. Ребенок 2 месяцев. Поступил в стационар с диагнозом: новообразование левого надпочечника с очаговым поражением печени. В условиях операционной взята тонкоигольная биопсия мтс-очага в печени. Гистологическая верификация диагноза: недифференцированная нейробластома. Группа неблагоприятного прогноза по Shimada. По данным миелограммы костного мозга выявлены опухолевые клетки 5,3 %. Какая стадия заболевания у данного ребенка?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	III стадия	
б	IV стадия	
в	IVS стадия	+
г	II стадия	

498. Больная 12 лет; диагноз: остеогенная саркома дистального метадиафиза бедренной кости. Мягкотканый компонент слабо выражен. Рентгенологическая протяженность 9 см. Метастазы в легких. Ваша лечебная тактика?

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	химиотерапия + подвертельная ампутация бедра	
б	химиотерапия + резекция бедра с эндопротезированием	+
в	симптоматическая терапия	
г	иммобилизация + лучевая терапия	
д	нет правильного ответа	

499. У больного 1 г 2 мес. при офтальмологическом исследовании обнаружена опухоль правого глазного яблока, занимающая менее 25 % глазного дна. Ваша тактика

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	динамическое наблюдение	
б	эксцизионная биопсия	
в	энуклеация правого глазного яблока	+
г	лучевая терапия	

500. У больного 16 лет диагностирована неходжкинская лимфома с поражением шейно-надключичных, внутригрудных, забрюшинных лимфатических узлов, специфический правосторонний плеврит. Какую стадию злокачественного процесса Вы бы поставили:

Поле для выбора ответа	Варианты ответов	Поле для отметки правильного ответа (+)
а	I	
б	II	
в	III	
г	IV	+

**Фонд оценочных средств**

**Примеры экзаменационных билетов  
по специальности «Детская онкология»  
для проведения государственной итоговой аттестации**



**Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России)**

197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, дом 68  
Тел.: (812) 439-9555. Факс: (812) 596-8947. Эл.почта: oncl@rion.spb.ru  
ИНН 7821006887 КПП 784301001

**Экзаменационный билет № 1**

Специальность 31.08.14 Детская онкология, дисциплина Детская онкология

1. Частота и структура заболеваемости злокачественными новообразованиями у детей.
2. Паранеопластические синдромы. Классификация и значение.
3. Ретинобластома. Клиника, диагностика, лечение.

Директор

А. М. Беляев



**Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России)**

197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, дом 68  
Тел.: (812) 439-9555. Факс: (812) 596-8947. Эл.почта: oncl@rion.spb.ru  
ИНН 7821006887 КПП 784301001

**Экзаменационный билет № 2**

Специальность 31.08.14 Детская онкология, дисциплина Детская онкология

1. Связь злокачественных опухолей с генетическими заболеваниями.
2. Осложнения химиотерапии у детей.
3. Гепатоцеллюлярный рак у детей (эпидемиология, диагностика, лечение).

Директор

А. М. Беляев



**Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России)**

197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, дом 68  
Тел.: (812) 439-9555. Факс: (812) 596-8947. Эл.почта: oncl@rion.spb.ru  
ИНН 7821006887 КПП 784301001

**Экзаменационный билет № 3**

Специальность 31.08.14 Детская онкология, дисциплина Детская онкология

1. Отдаленные последствия лечения злокачественных опухолей у детей.
2. Принципы лучевой терапии у детей со злокачественными новообразованиями.
3. Опухоли семейства саркомы Юинга (клиника, диагностика, лечение).

Директор

А. М. Беляев



**Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России)**

197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, дом 68  
Тел.: (812) 439-9555. Факс: (812) 596-8947. Эл.почта: oncl@rion.spb.ru  
ИНН 7821006887 КПП 784301001

**Экзаменационный билет № 4**

Специальность 31.08.14 Детская онкология, дисциплина Детская онкология

1. Профилактика и лечение осложнений лекарственной терапии злокачественных опухолей.
2. Радионуклидная диагностика в детской онкологии.
3. Саркомы мягких тканей у детей (клиника, диагностика, лечение).

Директор

А. М. Беляев



**Федеральное государственное бюджетное учреждение  
«Научно-исследовательский институт онкологии имени Н.Н. Петрова»  
Министерства здравоохранения Российской Федерации  
(ФГБУ «НИИ онкологии им. Н.Н.Петрова» Минздрава России)**

197758, Санкт-Петербург, пос. Песочный, ул. Ленинградская, дом 68  
Тел.: (812) 439-9555. Факс: (812) 596-8947. Эл.почта: oncl@rion.spb.ru  
ИНН 7821006887 КПП 784301001

**Экзаменационный билет № 5**

Специальность 31.08.14 Детская онкология, дисциплина Детская онкология

1. Понятие неoadъювантной и адъювантной химиотерапии. Задачи лекарственной терапии.
2. Сопроводительная терапия в детской онкологии
3. Герминогенные опухоли у детей (клиника, принципы лечения).

Директор

А. М. Беляев