**КВАЛИФИКАЦИОННЫЕ ТЕСТЫ**

**ПО РАДИОЛОГИИ (ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ)**

**ВОПРОСЫ**

**1. СОЦИАЛЬНАЯ ГИГИЕНА И ОРГАНИЗАЦИЯ РАДИОЛОГИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ**

001. Показателями общественного здоровья являются все перечисленные, кроме

а) трудовой активности населения

б) заболеваемости

в) демографических показателей

г) физического развития населения

д) обеспеченности врачами и средним медицинским персоналом

002. Материально-техническую базу здравоохранения составляют

а) сеть учреждений здравоохранения

б) коечный фонд

в) оснащенность аппаратурой

г) укомплектованность врачебными кадрами

д) все перечисленное

003. Урбанизация - сложный процесс, важнейшими принципами которого являются

а) рост численности городского населения

б) увеличение числа городов

в) рост удельного веса детей

г) раннее развитие детей

д) все перечисленное

004. Практическое значение демографии сводится

а) к планированию социально-экономического развития страны

б) к планированию учреждений здравоохранения и кадров

в) к оценке здоровья населения

г) к оценке качества медицинской помощи

д) ко всему перечисленному

005. Для демографической ситуации в Российской Федерации характерно

а) увеличение удельного веса детей

б) увеличение средней продолжительности жизни

в) увеличение удельного веса пожилого возраста

г) изменение социальной структуры общества

д) все перечисленное

006. Из перечисленных ниже сочетаний больничных показателей наиболее неблагоприятными являются

а) увеличение пропускной способности койки и снижение летальности

б) увеличение пропускной способности койки и увеличение летальности

в) уменьшение пропускной способности койки и снижение летальности

г) уменьшение пропускной способности койки и увеличение летальности

007. О качестве лечения в стационаре свидетельствует все перечисленное, кроме

а) средней продолжительности пребывания на койке

б) летальности

в) процента расхождения клинических и патанатомических диагнозов

г) числа осложнений

д) числа больных, переведенных в специализированные отделения

008. Развитие профилактического направления в медицине предполагает все перечисленное, кроме

а) улучшения санитарно-гигиенического воспитания населения

б) повышения уровня пропаганды здорового образа жизни, физкультуры и спорта

в) искоренения вредных привычек

г) расширения сети больниц и отделений восстановительного лечения

д) расширения массовых профосмотров, диспансеризации, повышения их качества и эффективности

009. Показателями, характеризующими деятельность поликлиники, являются 1) участковость 2) охват диспансерным наблюдением 3) снятие с диспансерного учета 4) летальность на участке 5) сведения о заключительных диагнозах из статистических отчетов

а) если верно 1, 2 и 3

б) если верно 2, 3 и 4

в) если верно 1, 3 и 4

г) если верно 3, 4 и 5

д) все перечисленное

010. Основными задачами городской поликлиники являются все перечисленные, кроме

а) оказания квалифицированной специализированной помощи непосредственно в поликлинике и на дому

б) организации и проведения комплекса профилактических мероприятий

в) организации и осуществления диспансеризации населения

г) освидетельствования больных и установления группы инвалидности

д) организации и проведения мероприятий по санитарно-гигиеническому воспитанию населения, пропаганды здорового образа жизни

011. При проведении социально-гигиенических исследований используются методы

а) исторический

б) экспериментальный

в) экономико-статистический

г) социологический

д) все перечисленные

012. В структуре заболеваемости наибольший удельный вес составляют

а) гипертоническая болезнь

б) профессиональные заболевания

в) острые респираторные заболевания и грипп

г) злокачественные новообразования

д) сердечно-сосудистые заболевания

013. Заболеваемость можно изучить по данным всех перечисленных ниже показателей, кроме

а) обращаемости населения в медицинские учреждения

б) деятельности ВКК и ВТЭК

в) профилактических осмотров и диспансерного наблюдения

г) причин смерти

014. Заболеваемость населения определяет

а) совокупность вновь возникших в данном году заболеваний

б) количество посещений в данном году

в) распространенность заболеваний в данном году

г) общее количество обращений в данном году

д) количество вновь возникших заболеваний

015. Показатель рождаемости считается низким, если он составляет

а) до 20 на 10000 населения

б) от 21 до 25 на 10000 населения

в) от 26 до 30 на 10000 населения

г) от 31 до 40 на 10000 населения

д) от 41 до 50 на 10000 населения

016. Уровень общей смертности считается низким, если ее показатель составляет

а) ниже 10 на 10000 населения

б) от 11 до 15 на 10000 населения

в) от 16 до 20 на 10000 населения

г) от 21 до 25 на 10000 населения

д) от 26 до 30 на 10000 населения

017. Общими показателями деятельности городской больницы являются

а) фактическое число дней работы койки в течение года

б) оборот койки

в) средняя продолжительность пребывания на койке

г) летальность

д) все перечисленные

018. Показателем средней продолжительности пребывания больного на койке является

а) отношение числа койко-дней, проведенных всеми больными в стационаре, к числу прошедших больных (выписанных) за год

б) отношение числа койко-дней, проведенных всеми больными в стационаре, к числу прошедших больных (включая умерших) за год

в) и то, и другое

г) ни то, ни другое

019. На среднюю продолжительность пребывания больного на койке влияет

а) состав больных по характеру заболевания

б) квалификация врачей

в) методы лечения

г) оснащенность больницы

д) все перечисленное

020. К качественным показателям деятельности стационара относятся все перечисленные, кроме

а) летальности

б) среднего койко-дня

в) хирургической активности

г) процент расхождения клинических и анатомических диагнозов

д) количества средств, затраченных на медикаменты

021. Основная схема деятельности стационара, кроме общих сведений, содержит сведения

а) об организации работы стационара

б) о качестве медицинского обслуживания и качестве врачебной диагностики

в) о преемственности работы стационара с другими лечебно-профилактическими учреждениями

г) о специализированной работе отделений

д) все ответы правильны

022. При определении потребности в лабораторно-диагностических исследованиях учитываются все перечисленные ниже данные, кроме

а) контингентов населения, которым необходимы лабораторные данные и другие исследования в зависимости от выявленного заболевания с профилактической целью

б) нормативов времени на проведение одного исследования

в) норм дневных нагрузок врачей и среднего медицинского персонала

г) количества врачей и среднего медицинского персонала, работающих в поликлинике

023. Резервами рационального использования коечного фонда являются все перечисленные, кроме

а) более полного обследования больных на догоспитальном этапе

б) организация дневных стационаров

в) уменьшение дублирования обследования

г) снижение повторных госпитализаций

д) поздняя выписка больных

024. Функциями ВКК по экспертизе трудоспособности являются все перечисленные, кроме

а) решения конфликтных вопросов экспертизы трудоспособности

б) продления больничных листов на сроки свыше 10 дней

в) выдачи больничных листов на санаторно-курортное лечение

г) направления на ВТЭК

д) трудоустройства лиц, имеющих инвалидности

025. Основными видами управленческих решений в здравоохранении являются

а) социальные

б) медицинские

в) административно-хозяйственные

г) ресурсные

д) все перечисленные

026. На ВТЭК больного направляют в случае 1) для установления группы инвалидности 2) для санкционирования долечивания после 4 месяцев нетрудоспособности 3) для направления на санаторно-курортное лечение 4) для назначения пособия по временной нетрудоспособности

а) если верно 1 и 2

б) если верно 2 и 3

в) если верно 3 и 4

г) если верно 1 и 4

д) если все верно

027. Для расчета потребности во врачебных должностях для обслуживания населения стационарной помощью необходимы данные 1) показатель использования коечного фонда (в процентах) 2) потребность в больничных койках 3) нормы нагрузки врачебной должности в стационаре 4) оборот койки

а) если верно 1 и 2

б) если верно 2 и 3

в) если верно 3 и 4

г) если верно 1 и 4

д) если все верно

028. Справку о смерти на умерших дома оформляет

а) лечащий врач

б) патологоанатом

в) судмедэксперт

г) врач медицинской статистики

029. Справку об умерших в стационаре оформляет

а) лечащий врач

б) патологоанатом

в) судмедэксперт

г) врач медицинской статистики

030. Статистическое исследование смертности

а) является вспомогательным при оценке результатов

б) является основным при оценке результатов

в) может быть как вспомогательным, так и основным, в зависимости от цели этого исследования

031. Формулируя диагноз при заполнении врачебного свидетельства о смерти, необходимо указать все перечисленные ниже данные, кроме

а) названия патологического процесса

б) локализации

в) стадии процесса

г) характера течения

д) длительности заболевания

032. Источником информации в клинико-статистическом исследовании служат

а) история развития заболевания

б) карта выбывшего из стационара

в) контрольная карта диспансерного наблюдения

г) все перечисленное

033. Деонтология - наука о долге врача и среднего медицинского персонала, который состоит в том, чтобы

а) обеспечить наилучшее лечение

б) создать благоприятную обстановку для выздоровления больного

в) установить доверительные отношения больной - врач, врач - больной, врач - родственники больного, врачи между собой

г) все перечисленное

034. Этические нормы врача определяются

а) умениями и навыками

б) законами и приказами

в) этническими особенностями региона

г) моральной ответственностью перед обществом

035. Автором открытия X-лучей является

а) Лондон Е.С.

б) Беккерель А.

в) Бергонье А.

г) Рентген В.

д) Кутар А.

036. Естественную радиоактивность открыл

а) Кюри М.

б) Кюри П.

в) Беккерель А.

г) Лакассань А.

д) Рего К.

037. Чистый радий был выделен

а) Трибондо Л.

б) Рентген В.

в) Кюри М. и П.

г) Беккерель А.

д) Шамов В.Н.

038. Авторами "закона о радиочувствительности тканей и опухоли" являются

а) Бергонье и Трибондо Л.

б) Лакассань А.

в) Кюри М. и П.

г) Рего К. и Кутар А.

д) Петров Н.Н.

039. Директором первого рентгено-радиологического института в России был

а) Лондон Е.С.

б) Неменов М.И.

в) Петров Н.Н.

г) Гросман Ф.С.

д) Шамов В.Н.

040. Авторами дробно-протяженного метода рентгенотерапии являются

а) Кутар А. и Рего К.

б) Лакассань А.

в) Бергонье Ж. и Трибондо Л.

г) Аббе А.

д) Шамов В.Н.

041. Инициаторами применения радия в России с лечебной целью являются

а) Петров Н.Н. и Шамов В.Н.

б) Лондон Е.С. и Неменов М.И.

в) Лондон Е.С. и Шамов В.Н.

г) Неменов М.И. и Петров Н.Н.

д) Гросман Ф.С. и Домшлак М.П.

042. Основоположниками радиобиологических исследований являются

а) Кутар А. и Рего К.

б) Лондон Е.С. и Лакассань А.

в) Кюри М. и П.

г) Шамов В.Н.

д) Бергонье Ж.

043. Метод аппликационной лучевой терапии разработал

а) Домшлак М.П.

б) Аббе А. и Козлова А.В.

в) Гросман Ф.С. и Майер Ж.

г) Хевеши Д. и Ферми С.

д) Патерсон Р.

044. Ведущими специалистами в области внутритканевой лучевой терапии являются все перечисленные, за исключением

а) Гросмана Ф.С.

б) Козловой А.В.

в) Патерсона Р.

г) Павлова А.С.

д) Грея Г.

045. В становление и развитие метода внутриполостной лучевой терапии внесли важный вклад все перечисленные ученые, кроме

а) Козловой А.В.

б) Костроминой К.Н.

в) Павлова А.С.

г) Коттмейера Г.

д) Ферми С.

046. Основоположниками получения искусственных изотопов являются

а) супруги Жолио-Кюри и Ферми С.

б) Грейг Г. и Майер Ж.

в) Дайл В. и Хевеши Д.

г) Патерсон Р.

д) Домшлак М.П.

047. Авторами внедрения в лечебную практику препаратов 60Co являются все перечисленные ученые, кроме

а) Козловой А.В.

б) Павлова А.С.

в) Костроминой К.Н.

г) Майера Ж.

д) Аббе А.

048. Ведущими радиобиологами послевоенного периода являются все перечисленные, кроме

а) Пелевиной И.И.

б) Ярмоненко С.П.

в) Холина В.В.

г) Дайл В. и Грея Г.

д) Коттмейера Г.

049. Разрешение на работу с источниками ионизирующих излучений выдают

а) главный врач лечебно-профилактического учреждения

б) начальник органов внутренних дел

в) техническая инспекция профсоюза

г) органы и учреждения санитарно-эпидемиологической службы

д) заведующий областным (городским) здравотделом

050. Вопросы охраны труда оговорены в следующих законодательствах

а) "Основы законодательства РФ"

б) "Кодекс о труде РФ"

в) "Основные санитарные правила - 72/87" (ОСП)

г) Конституция РФ

д) правильно а) и б)

051. Ответственность за выполнение инструкции по охране труда и производственной санитарии несут

а) администрация учреждения

б) сотрудники радиологического отделения

в) санэпидстанция

г) техническая инспекция профсоюза

д) руководство отдела здравоохранения

052. Систему дозовых пределов и принципов их применения устанавливают следующие государственные акты и приказы

а) "Основные санитарные правила - 72/87" (ОСП)

б) "Нормы радиационной безопасности НРБ - 76/87 и 95"

в) "Основы законодательства РФ"

г) приказы администрации учреждения

д) приказы администрации региона

053. Основные требования по обеспечению радиационной безопасности при работе с источниками ионизирующих излучений регламентированы в следующих документах

а) "Основные санитарные правила - 72/87" (ОСП)

б) "Нормы радиационной безопасности НРБ - 76/87 и 95"

в) "Основные стандарты" (ОСТы)

г) Государственные основные стандарты (ГОСТы)

д) санитарные нормы и правила (СНиПы)

054. Требования к набору помещений радиологического отделения предусмотрены следующими документами

а) ОСП-72/87

б) НРБ-76/87и 95

в) ОСТами

г) ГОСТами

д) СНиПами

055. Размещение источников ионизирующих излучений запрещается во всех перечисленных зданиях, кроме

а) детских дошкольных учреждений

б) жилых зданий

в) школ

г) детских поликлиник

056. Радиологическое отделение с источниками излучения можно размещать

а) в отдельном бывшем жилом здании

б) в отдельном крыле здания

в) в одном из этажей онкодиспансера

г) в специально оборудованном радиологическом комплексе

д) в нескольких отдельных комнатах

057. Необходимыми условиями безопасности в отделениях с закрытыми источниками ионизирующих излучений являются все перечисленные, кроме

а) наличия специальной вентиляции и специальных помещений для хранения радиоактивных отходов и их дезактивации

б) специальной отделки помещений и палат

в) наличия средств защиты от воздействия радиации

г) механизации лечебных манипуляций, применение принципа последовательного введения эндостатов и источников излучения

д) наличия санитарно-защитной зоны

058. Защита персонала в отделениях дистанционной лучевой терапии обеспечивается всеми следующими мероприятиями, кроме

а) планировки и отделки помещений

б) дистанционного управления

в) автоблокировки дверей

г) постоянной тренировки при работе на аппаратах дистанционной лучевой терапии

д) использования индивидуальных средств защиты

059. При работе с открытыми радиоактивными источниками защита персонала обеспечивается всеми следующими мероприятиями, кроме

а) планировки и отделки помещений

б) защиты от внешнего и внутреннего облучения

в) своевременного сбора и удаления радиоактивных отходов

г) соблюдения правил личной гигиены

д) наличия санитарно-защитной зоны вокруг отделения

060. В обязанности руководителя службы радиационной безопасности входят все перечисленные, кроме

а) предоставления достоверной, полной и своевременной информации о состоянии радиационного контроля на объекте в распоряжение администрации предприятия и вышестоящие органы

б) контроля за выполнением программы мероприятий по обеспечению радиационной безопасности

в) контроля за правильностью лучевого лечения больных

г) разработки рекомендаций по дальнейшему совершенствованию мер радиационной безопасности

д) участия в разработке инструкций по радиационной безопасности, по предупреждению и ликвидации аварий

061. Основными направлениями текущего санитарного надзора в области радиационной безопасности являются все перечисленные, кроме

а) контроля за соблюдением правил и норм радиационной безопасности при проведении всех видов работ с источниками ионизирующих излучений

б) контроля за ведением лечебным учреждением медицинской документации

в) контроля за своевременным переоформлением на продление санитарного паспорта

г) рассмотрения и подготовки заключений по технической документации на установку приборов и другую радиационную технику

д) расследования аварийных ситуаций

062. На проведение новых методов диагностики и лечения с использованием источников ионизирующего излучения необходимо разрешение

а) МЗ и МП РФ

б) главного врача лечебно-профилактического учреждения

в) главного специалиста региона

г) заведующего радиологическим отделением

д) лечащего врача

063. За своевременное прохождение медицинских осмотров лиц, относящихся к категории А, несет ответственность

а) АЭС

б) техническая инспекция профсоюза

в) администрация учреждения

г) районная поликлиника

д) главный специалист региона

064. Радиационная авария - это все перечисленное, кроме

а) происшествия, при котором потерян контроль над источниками ионизирующих излучений

б) происшествия, приведшего к облучению людей

в) пожара в радиологическом отделении

г) происшествия, приведшего к загрязнению окружающей среды

д) происшествия, которое могло привести к облучению людей или радиоактивному загрязнению среды выше установленных санитарными нормами величин

065. При прекращении работ с источниками ионизирующих излучений администрация не должна информировать

а) органы внутренних дел

б) органы СЭС

в) министерство здравоохранения

г) техническую службу профсоюза

066. К категории А относятся все перечисленные работники, кроме

а) персонала, постоянно работающего с источниками ионизирующих излучений

б) персонала временно или постоянно непосредственно работающего с источниками ионизирующих излучений

в) персонала, непосредственно и постоянно работающего с источниками ионизирующих излучений

г) персонала, работающего в санитарно-защитной зоне

067. К категории Б относятся все перечисленные, кроме

а) персонала, непосредственно не работающего с источниками ионизирующих излучений

б) персонала, работающего в санитарно-защитной зоне

в) лиц, проживающих в защитной зоне

г) персонала, временно непосредственно работающего с источниками ионизирующих излучений

068. Ко 2-й группе (средняя радиочувствительность) относятся следующие органы

а) щитовидная железа

б) печень

в) костная ткань

г) гонады

д) правильно а) и б)

069. Допустимая мощность дозы относится к следующему классу нормативов

а) основные дозовые пределы

б) допустимые уровни

в) контрольные уровни

г) критические уровни

д) минимальные уровни

070. Если работник в течение месяца обычной работы получил дозу 1 Бэр, то следует

а) не предпринимать ничего

б) направить на медицинское обследование

в) сократить время работы

г) временно отстранить от работы

д) улучшить защиту

071. Если доза облучения сотрудников находится в пределах от 1 до 5 Бэр, то система радиационной безопасности

а) соответствует требованиям НРБ-76

б) не соответствует требованиям НРБ-76

в) нуждается в совершенствовании

г) не нуждается в совершенствовании

д) правильно а) и в)

072. Экстренное медицинское обследование проводится при превышении дозы однократного облучения выше

а) 3 бэр

б) 5 бэр

в) 10 бэр

г) 15 бэр

д) 25 бэр

073. Перед началом лучевого лечения врач должен сообщить больному о всем перечисленном, кроме

а) наличии опасного заболевания

б) возможности появления лучевых реакций

в) лучевых осложнениях в процессе лучевой терапии

г) возможном результате лечения

д) режиме во время лучевого лечения

074. При отсутствии достаточного технического обеспечения для проведения радикальной программы лучевой терапии лучевой терапевт может

а) провести лучевое лечение в неполном объеме

б) планировать комбинированное лечение

в) осуществить попытку радикального лучевого лечения имеющимися средствами с высоким риском лучевых повреждений

г) передать больного для химиотерапевтического лечения

д) направить больного в другое учреждение, где имеется возможность проведения радикального лучевого лечения

075. Лучевой терапевт должен сообщить больному о наличии у него злокачественной опухоли во всех перечисленных случаях, за исключением

а) при категорическом отказе больного от лечения

б) при отказе от хирургического вмешательства при радиорезистентных опухолях

в) при опасности возникновения тяжелых осложнений во время лечения

г) при IV стадии заболевания

076. Лучевая терапия может проводиться без гистологического или цитологического подтверждения диагноза злокачественной опухоли во всех перечисленных случаях, кроме

а) явной клиники заболевания

б) невозможности или отказе больного от обследования

в) молодом возрасте больного

г) настоятельном требовании больного о проведении лучевого лечения

д) неоднократных отрицательных данных цито-морфологического исследования

077. Лучевой терапевт не имеет права сообщать диагноз больного во всех перечисленных случаях, кроме

а) без согласия больного

б) по телефону

в) лицам, не являющимся ближайшими родственниками больного или членами его семьи

г) коллегам по работе

д) жене или мужу, родителям, детям и пр.

078. В радиологических отделениях устанавливается одна должность врача

а) на 8-10 больных

б) на 12-15 больных

в) на одну гамма-терапевтическую установку в смену

г) палатного врача в отделении, не облучающего больных

д) врача, работающего по системе единого радиолога

079. Лучевой терапевт в онкологическом диспансере должен работать

а) в качестве единого радиолога

б) врача, проводящего сеансы контактной лучевой терапии

в) врача, проводящего дистанционную лучевую терапию

г) палатного врача в отделении, не облучающего больных

д) консультант

080. Должность медицинской сестры радиологического отделения устанавливается из всех следующих расчетов, кроме

а) 1 круглосуточный пост (2 медицинских сестры) на 8-10 больных

б) 1 круглосуточный пост на 20 больных

в) 1 медицинская сестра на гамма-терапевтическую установку в смену

г) 1 медицинская сестра на рентгенотерапевтическую установку

д) 1 медицинская сестра для обслуживания амбулаторных больных в смену

081. Ответственность за соблюдением правил и санитарно-гигиенических норм в лечебно-профилактических учреждениях несет

а) главный государственный санитарный врач СЭС

б) заведующий радиологическим отделением

в) главный врач лечебно-профилактического учреждения

г) руководитель отдела здравоохранения

д) главный радиолог города, области и т.д.

**2. ФИЗИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**

001. К ионизирующим излучениям относятся

а) квантовое (фотонное) и корпускулярное

б) световое (видимая часть спектра)

в) ультрафиолетовое

г) лазерное

д) инфракрасное

002. Под ионизацией понимается

а) вырывание электрона с внутренней оболочки нейтрального атома

б) соединение электрона с нейтральным атомом

в) присоединение электрона к нейтральному атому

г) вырывание электрона с удаленной от ядра электронной оболочки атома

д) правильно в) и г)

003. Непосредственно ионизирующими излучениями считаются

а) тормозное рентгеновское высоких энергий

б) электронное и протонное

в) нейтронное

г) гамма-излучение

д) тормозное рентгеновское низких энергий

004. Тормозное рентгеновское излучение - это

а) гамма-излучение некоторых радионуклидов

б) поток электронов, получаемых в ускорителях

в) излучение, возникшее при торможении ускоренных электронов на мишени

г) излучение, возникшее при изменении энергетического состояния атома

д) эмиссия электронов с катода рентгеновской трубки

005. С электронами атомов взаимодействуют следующие виды ионизирующих излучений

а) отрицательные Пи-мезоны и нейтроны

б) электроны

в) протоны

г) фотоны

д) правильно б), в) и г)

006. Процессы взаимодействия электронного излучения с веществом - это

а) комптоновское рассеяние и радиационный захват

б) столкновение со связанными и свободными электронами атомов

в) торможение ядрами атомов

г) фотоэлектрическое поглощение

д) правильно б) и в)

007. При взаимодействии нейтронного излучения с веществом вызывают ионизацию

а) быстрые нейтроны

б) тепловые нейтроны

в) протоны, возникающие при взаимодействии

г) альфа-частицы, возникающие при взаимодействии

д) правильно в) и г)

008. Альфа-частицы в среде появляются в результате

а) столкновения протонов с электронами

б) образования электронно-позитронных пар

в) расщепление ядра при взаимодействии Пи-мезонов с веществом

г) расщепления ядра при взаимодействии быстрых нейтронов с веществом

д) правильно в) и г)

009. Поглощенная доза - это энергия

а) поглощенная в 1 куб.см вещества

б) поглощенная в единице массы облученного объема

в) поглощенная во всей массе облученного объема

г) поглощенная в единице массы за единицу времени

д) переданная веществу фотоном или частицей на единице длины их пробега

010. К единицам измерения поглощенной дозы относятся все перечисленные, кроме

а) Рад

б) Грей (Гр)

в) Рентген (P, Rg)

г) Джоуль/кг

011. Активность радионуклида - это

а) число радиоактивных ядер

б) скорость распада радиоактивных ядер

в) число распадов в единицу времени

г) число радиоактивных ядер в 1 мг радиоактивного вещества

д) правильно б) и в)

012. Единицами измерения активности являются

а) Кюри (Ku)

б) Беккерель (Бк)

в) с-1 (секунда)

г) мг - эквивалент Ra

д) правильно а), б) и в)

013. Определение экспозиционной дозы связано с эффектами

а) ионизации воздуха под действием излучения

б) химического действия излучения

в) теплового действия излучения

г) световозбуждающего действия излучения

д) повышения электропроводности под действием излучения

014. Единицами измерения экспозиционной дозы являются

а) Рентген (P, Rg)

б) Кулон/кг

в) Грей

г) Рад

д) правильно а) и б)

015. Радионуклидные источники для дистанционной лучевой терапии

а) кобальт-60

б) калифорний-252

в) цезий-136

г) иридий-192

д) правильно а) и в)

016. Для дистанционной лучевой терапии с радионуклидными источниками излучения используют все перечисленные аппараты, кроме

а) АГАТ-Р

б) АГАТ-С

в) РОКУС-М, РОКУС-АМ

г) АГАТ-В

017. К закрытым радионуклидным источникам для контактной лучевой терапии относятся все перечисленные, кроме

а) цезия-137

б) фосфора-32

в) кобальта-60

г) иридия-192

д) калифорния-252

018. Для контактной лучевой терапии с радионуклидными источниками излучения применяются

а) АГАТ-ВЗ, АГАТ-ВУ, АГАМ

б) АГАТ-С

в) АГАТ-Р

г) СЕЛЕКТРОН, МИКРОСЕЛЕКТРОН

д) правильно а) и г)

019. Относительная глубинная доза гамма-излучения - это

а) доза излучения на некоторой глубине в облучаемом теле

б) отношение дозы излучения на некоторой глубине в теле к дозе на ее поверхности

в) отношение дозы излучения на некоторой глубине к дозе в максимуме ионизации

г) отношение дозы излучения на некоторой глубине в теле к дозе на глубине 15 см

д) правильно в) и г)

020. Карта изодоз дистанционного пучка гамма-излучения - это

а) распределение процентных глубинных доз по всему сечению пучка излучения, лежащему в плоскости центрального луча

б) распределение процентных глубинных доз по центральному лучу пучка

в) распределение процентных глубинных доз по любому сечению пучка излучения

г) суммарное распределение процентных глубинных доз в поперечном сечении при многопольном статическом облучении

д) правильно а) и в)

021. На ширину плато изодоз в поперечном сечении пучка гамма-излучения влияют

а) ширина поля облучения

б) расстояние от источника до поверхности

в) расстояние от источника до края коллимирующей диафрагмы

г) длина поля облучения

д) мощность дозы в опорной точке

022. На ширину геометрической полутени дистанционного пучка гамма-излучения влияют все перечисленные факторы, кроме

а) расстояния от источника до поверхности облучения

б) расстояния от источника до коллимирующей диафрагмы

в) размера поля облучения

г) размера источника излучения

023. Отношение "ткань - воздух" применяется для

а) учета влияния легочной ткани на величину глубинной дозы

б) расчета мощности дозы в центре пересечения осей пучков при многопольном статическом облучении

в) учета недостатка рассеянного излучения при использовании защитных блоков

г) расчета мощности дозы в центре вращения при подвижном облучении

д) правильно б) и г)

024. Смысл применения краевых защитных блоков заключается

а) в уменьшении геометрической полутени пучка g-излучения

б) в уменьшении физической полутени пучка

в) в защите отдельных органов от излучения

г) в создании неоднородного дозного поля в облучаемом теле

д) в создании плато изодоз

025. Смысл применения клиновидных фильтров заключается

а) в увеличении относительных глубинных доз

б) в создании наклона плато изодоз

в) в уменьшении поверхностной дозы

г) в создании неоднородного дозного поля в облучаемом теле

д) в щажении критических органов

026. Решетчатые диафрагмы и растры применяются для всех следующих целей, кроме

а) щажения окружающих опухоль тканей

б) щажения окружающих опухоль "критических" органов

в) создания неоднородного пучка в облучаемом очаге

г) повышения восстановительной способности облученных нормальных тканей

д) уменьшения физической полутени

027. Неоднородность облучаемого объема обусловлена всем перечисленным, кроме

а) включенных в объем органов, имеющих плотность порядка 1 г/куб.см

б) включенных в объем органов и тканей с плотностью, отличающейся от плотности мышечной ткани

в) костной тканью

г) воздушными полостями

д) легочной тканью

028. Целью использования математических методов и ЭВМ в клинической дозиметрии является все перечисленное, кроме

а) суммации дозных полей от различных направлений облучения при многопольном статистическом и подвижных способах лучевой терапии

б) построения карт изодоз для различных дистанционных пучков

в) получения оптимальной программы лучевого лечения

г) расчета доз при контактной лучевой терапии

д) контроля рассчитанных доз с помощью клинического дозиметра

029. К источникам электронного излучения относятся все перечисленные, кроме

а) радионуклидов, распадающихся с испусканием бета-частиц

б) линейных ускорителей электронов

в) рентгенотерапевтических аппаратов

г) бетатронов

д) микротронов

030. К особенностям распределения глубинной дозы при облучении электронами высокой энергии (10-20 МэВ) относятся

а) максимум дозы находится на поверхности облучаемого тела, глубинная доза медленно убывает

б) максимум дозы находится на некоторой глубине под поверхностью, глубинная доза резко убывает

в) максимум дозы находится на поверхности, глубинная доза резко убывает

г) максимум дозы находится на некоторой глубине под поверхностью, глубинная доза медленно убывает

д) максимум дозы находится в воздухе, глубинная доза медленно убывает

031. Энергия терапевтического электронного пучка составляет

а) 20-100 КэВ

б) 0.5-1.0 МэВ

в) 5-20 МэВ

г) 25-50 МэВ

д) 100-200 МэВ

032. Существует следующая зависимость процентной глубинной дозы от эффективной энергии тормозного рентгеновского излучения

а) не зависит от энергии

б) с увеличением эффективной энергии уменьшается

в) с увеличением эффективной энергии увеличивается

г) при эффективной энергии 5-10 МэВ уменьшается

д) при эффективной энергии 15-30 МэВ не изменяется

033. Источниками нейтронного излучения являются все перечисленные, исключая

а) циклотроны

б) радионуклиды иридий-192 и цезий-137

в) радионуклид калифорний-252

г) ускорители ядерных частиц

034. С терапевтической целью используется нейтронное излучение с энергией

а) 0.025-1.0 МэВ

б) 25-100 МэВ

в) 2.34 МэВ

г) 5-20 МэВ

д) правильно в) и г)

035. К аппаратам, генерирующим низкоэнергетическое рентгеновское излучение, относятся

а) РУМ-7

б) РУМ-20

в) РУМ-21, РТА

г) АГАТ-С

д) правильно а) и в)

036. При проведении короткодистанционной лучевой терапии используется излучение с эффективной энергией

а) 1.25 МэВ

б) 10-20 МэВ

в) 10-20 кэВ

г) 20-100 кэВ

д) 110-150 кэВ

037. Параметрами низкоэнергетического рентгеновского излучения для планирования лучевого лечения являются все перечисленные, кроме

а) эффективной энергии или слоя половинного ослабления (СПО)

б) напряжения генерирования

в) площади поля облучения

г) анодного тока

д) расстояния источник - поверхность (РИП)

038. Параметрами пучка излучения гамма-терапевтического аппарата являются все перечисленные, кроме

а) светового и радиационного полей

б) мощности дозы излучения в воздухе

в) симметрии радиационного поля относительно его оси

г) слоя половинного ослабления (СПО)

039. Регулярному контролю подлежат все следующие параметры тормозного пучка линейного ускорителя (E=10-20 МэВ), кроме

а) светового и радиационного полей

б) симметрии радиационного поля относительно его оси

в) относительного распределения дозы излучения вдоль оси пучка

г) мощности экспозиционной дозы излучения в воздухе

д) дозы в опорной точке в фантоме калибровки монитора ускорителя

040. Регулярному контролю подлежат все следующие параметры электронного пучка линейного ускорителя, кроме

а) осевого относительного распределения дозы излучения

б) симметрии радиационного поля относительно его оси

в) дозы в опорной точке в фантоме для калибровки монитора ускорителя

г) светового и радиационного полей

д) мощности экспозиционной дозы в воздухе

041. При планировании многопольного статического облучения с постоянным РИП используются все физико-технические параметры, кроме

а) размера поля на уровне поверхности

б) размера поля на уровне пересечения осей пучков излучения

в) равных доз в максимуме ионизации со всех направлений

г) равного времени облучения со всех направлений

д) числа направлений облучения

042. При планировании подвижного облучения указываются все следующие физико-технические параметры, кроме

а) размера поля на уровне центра вращения головки аппарата

б) угла вращения

в) глубины центра вращения в облучаемом теле по вертикали

г) расстояния источник - поверхность (РИП)

д) расстояния источник - центр вращения (РИЦ)

043. Помимо приведенных в пункте 042 указывается еще ряд параметров, к которым относятся все перечисленные, кроме

а) разовой дозы в центре вращения

б) разовой дозы в максимуме ионизации

в) времени сеанса облучения

г) скорости вращения головки и числа качаний

044. При дозиметрическом планировании многопольного статического облучения с постоянным РИЦ используются все перечисленные параметры, кроме

а) глубины положения центра пересечения пучков по каждому направлению

б) дозы в максимуме ионизации

в) дозы в центре пересечения осей пучков

г) отношения ткань - воздух

д) мощности дозы в воздухе на расстоянии, равном РИЦ, для выбранного поля облучения

045. При внутритканевом облучении имеют место все следующие этапы планирования, кроме

а) определения размеров облучаемого объема и выбора системы правил размещения радиоактивных препаратов (манчестерская, парижская и др.)

б) построение топометрической карты

в) выбора схемы размещения, числа препаратов, их длины

г) определения точки дозирования для выбранной схемы размещения источников и определения необходимой очаговой дозы

д) вычисления мощности дозы в точке дозирования и времени облучения

046. К правилам размещения радиоактивных препаратов при внутритканевом облучении относятся все перечисленные, кроме

а) система правил Патерсона-Паркера (манчестерская)

б) система правил Пэркена (парижская)

в) карты готовых дозных распределений от различных вариантов размещения радиоактивных препаратов

г) личный опыт врача-радиолога

047. При внутриполостном облучении опухолей женской половой системы имеют место все следующие этапы планирования, кроме

а) рентгенологического контроля топографии органов малого таза с введенной системой эндостатов

б) выбора карты изодоз из атласа, соответствующей варианту геометрической локализации препаратов в эндостатах

в) вычисления времени сеанса облучения в соответствии с мощностью дозы в точке нормировки (опорной точке, точке А) и заданной поглощенной дозой в данной точке

г) определения времени сеанса облучения в соответствии с величиной суммарной активности введенных препаратов

д) расчета доз в окружающих здоровых органах и тканях с использованием дозной карты в поперечном сечении и дозных карт во всех имеющихся в атласе сечениях

**3. РАДИОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**

001. Основными механизмами физического взаимодействия ионизирующих излучений с веществом является

а) ионизация молекул

б) передача заряда

в) возбуждение молекул

г) гидролиз воды

д) правильно а) и в)

002. К видам радиохимических реакций относятся

а) спонтанная диссоциация

б) передача заряда

в) реакция с отрицательным ионом

г) реакция с нейтральной молекулой

д) все перечисленное

003. Теория "мишени" - это

а) воздействие ионизирующего излучения на ферменты

б) воздействие на генетический аппарат

в) воздействие на молекулы ДНК и РНК

г) повреждение оболочки клетки

д) правильно б) и в)

004. Теория непрямого действия ионизирующего излучения на клетку - это

а) воздействие на ферменты

б) гидролиз воды

в) повреждение молекул ДНК и РНК

г) повреждение генетического аппарата клетки

д) воздействие на центральную нервную систему

005. Для определения относительной биологической эффективности (ОБЭ) других видов излучений эталонными являются

а) рентгеновское излучение 100 кВ

б) рентгеновское излучение 200 кВ

в) излучение 60Co

г) нейтронное излучение

д) быстрые электроны

006. Высокую степень радиочувствительности имеют все перечисленные органы и ткани, кроме

а) лимфоидной ткани

б) кожи

в) тимуса

г) костного мозга

д) яичек и яичников

007. Среднюю степень радиочувствительности имеют все перечисленные органы и ткани, кроме

а) кожи

б) слизистых оболочек полости рта

в) слизистой пищевода

г) слизистой мочевого пузыря

д) мышечной ткани

008. Радиорезистентными являются все перечисленные органы и ткани, кроме

а) тонкого кишечника

б) печени

в) глии

г) мышечной ткани

д) костной ткани у взрослых

009. Высокой радиочувствительностью обладают все перечисленные опухоли, кроме

а) лимфоэпителиом

б) семином

в) плоскоклеточного рака кожи

г) базалиом

д) опухоли Вильмса

010. Средней степенью радиочувствительности обладают все перечисленные опухоли, кроме

а) рака шейки матки

б) рака носоглотки

в) рака голосовых складок

г) рака органов полости рта

д) саркомы Юинга

011. Радиорезистентными являются все перечисленные опухоли, кроме

а) остеогенной саркомы

б) хондросаркомы

в) рабдомиосаркомы

г) рака желудка

д) мелкоклеточного рака легкого

012. Опухолевая клетка чувствительна к ионизирующему излучению во всех следующих фазах клеточного цикла, кроме

а) фазы митоза (m)

б) пресинтетической фазы (S1)

в) фазы синтеза (S)

г) постсинтетической фазы (S2)

013. При радикальной программе лучевой терапии (классический вариант) величина разовой очаговой дозы составляет

а) 1.5 Гр

б) 1.8-2.0 Гр

в) 3.0-3.5 Гр

г) 4.0-4.5 Гр

д) 5.0 Гр

014. При среднем фракционировании разовая очаговая доза составляет

а) 1.5 Гр

б) 2.0 Гр

в) 2.5-5.0 Гр

г) 6.0-10.0 Гр

д) 11.0-15 Гр

015. Показаниями для применения крупных фракций являются

а) радикальная программа лучевой терапии при радиорезистентных опухолях

б) предоперационное облучение при операбельных опухолях

в) послеоперационное облучение

г) паллиативная лучевая терапия при метастазах в кости

д) правильно б) и г)

016. Расщепленный курс лечения терапии - это

а) облучение в течение 3-4 недель, перерыв 2-3 недели, облучение до суммарных очаговых до 60-76 Гр

б) облучение через день до суммарных очаговых доз (СОД) 60-70 Гр

в) облучение 2 раза в неделю до СОД = 60-70 Гр

г) облучение один раз в неделю до СОД = 60-70 Гр

д) облучение 2-3 раза в день малыми фракциями до СОД = 60-70 Гр

017. Изоэффективная суммарная доза на коже устанавливается при различных режимах фракционирования

а) по появлению эритемы кожи через определенный промежуток времени

б) по величине суммарной дозы, независимо от режима фракционирования

в) на основании концепций НСД и ВДФ

г) на основании анализа гемограммы

д) до появления общей лучевой реакции

018. Целями предоперационной лучевой терапии методом обычного фракционирования являются все перечисленные, кроме

а) разрушения малодифференцированных опухолевых клеток

б) перевода опухоли из неоперабельного состояния в операбельное

в) нанесения летальных повреждений субклиническим очагам опухолевого роста

г) улучшения заживления раны

д) нанесения сублетальных повреждений микрометастазам рака в удаляемых во время операции лимфатических узлах

019. К недостаткам предоперационного облучения методом обычного фракционирования относится все перечисленные, кроме

а) задержки момента операции

б) увеличения кровопотери во время операции

в) увеличения числа осложнений в послеоперационном периоде

г) ухудшения результатов лечения по сравнению с чисто хирургическим методом

д) снижения иммунологических показателей

020. Величина суммарной очаговой дозы в первичной опухоли при проведении предоперационного облучения методом обычного фракционирования составляет

а) 30 Гр

б) 40 Гр

в) 50-60 Гр

г) 70-100 Гр

д) 100-120 Гр

021. Предоперационное облучение методами среднего и крупного фракционирования имеет перед классическим все следующие преимущества, кроме

а) лучшей переносимости

б) меньшей кровопотери во время операции

в) более благоприятного послеоперационного течения

г) более оптимальных сроков оперативного вмешательства

д) экономической эффективности

022. Величина интервала между окончанием предоперационного облучения обычными фракциями и операцией составляет

а) интервала нет

б) 2-3 недели

в) 4 недели

г) 5 недель

д) 6 недель

023. Величина интервала между окончанием предоперационного облучения средними и крупными фракциями и операцией составляет

а) интервала нет

б) 1-3 дня

в) 4-7 дней

г) 8-14 дней

д) 15-21 день

024. Задачами послеоперационного облучения являются все перечисленные, кроме

а) снижения числа местных рецидивов

б) снижения числа метастазов в регионарные лимфатические узлы

в) снижения числа отдаленных метастазов

г) улучшения выживаемости онкологических больных

д) улучшения заживления послеоперационного шва

025. При проведении послеоперационного облучения применяются следующие разовые дозы

а) 1.5 Гр

б) 1.8-2.0 Гр

в) 2.1-2.5 Гр

г) 2.6-3.0 Гр

д) более 3 Гр

026. При проведении послеоперационного облучения подводятся следующие суммарные очаговые дозы, исключая

а) 30 Гр

б) 35-40 Гр

в) 41-50 Гр

г) 51-55 Гр

д) 56-60 Гр

027. Симптомами общей лучевой реакции являются все перечисленные, кроме

а) головной боли

б) нарушения сна

в) неустойчивого настроения

г) повышения аппетита

д) тошноты, рвоты

028. Со стороны сердечно-сосудистой системы в процессе облучения могут возникнуть все перечисленные изменения, кроме

а) тахикардии

б) брадикардии

в) экстрасистолии

г) снижения артериального давления

д) отрицательной динамики на ЭКГ

029. Симптомами лучевого пульмонита являются все перечисленные ниже, кроме

а) боли при дыхании

б) повышения температуры

в) сухого кашля

г) жидкого стула

д) затруднения дыхания

030. Симптомами лучевого энтерита являются все перечисленные, кроме

а) рвоты

б) болей в животе

в) жидкого частого стула

г) примеси крови в каловых массах

д) усиленной перистальтики кишечника

031. Симптомами лучевого цистита являются все перечисленные, кроме

а) болей при мочеиспускании

б) учащения мочеиспускания

в) появления мутной мочи

г) наличия примеси крови в моче

д) задержки мочеиспускания

032. При проведении дистанционной гамма-терапии обычными фракциями гиперемия кожи возникает после подведения следующих суммарных очаговых доз

а) 10-15 Гр

б) 16-20 Гр

в) 21-25 Гр

г) 26-29 Гр

д) 30-35 Гр

033. Сухой эпидермит возникает после подведения следующих суммарных очаговых доз

а) 20-25 Гр

б) 26-30 Гр

в) 31-35 Гр

г) 36-39 Гр

д) 40-45 Гр

034. Влажный эпидермит возникает после подведения следующих суммарных очаговых доз

а) 20-25 Гр

б) 30-35 Гр

в) 40-45 Гр

г) 50-60 Гр

д) свыше 60 Гр

035. Лучевая язва возникает после подведения следующей суммарной очаговой дозы

а) 30-35 Гр

б) 40-45 Гр

в) 50-55 Гр

г) 60-65 Гр

д) свыше 65 Гр

036. Отек и гиперемия слизистой полости рта возникает после подведения следующих очаговых доз

а) 10-15 Гр

б) 16-18 Гр

в) 18-25 Гр

г) 26-35 Гр

д) 36-40 Гр

037. Десквамация эпителия возникает после подведения очаговой дозы, равной

а) 10-15 Гр

б) 16-18 Гр

в) 18-25 Гр

г) 26-35 Гр

д) 36-40 Гр

038. Очаговый радиоэпителиит возникает после подведения очаговой дозы, равной

а) 20-25 Гр

б) 26-30 Гр

в) 31-35 Гр

г) 36-40 Гр

д) 41-45 Гр

039. Сливной радиоэпителиит возникает после подведения очаговой дозы, равной

а) 20-25 Гр

б) 26-35 Гр

в) 36-45 Гр

г) 46-55 Гр

д) свыше 65 Гр

040. При облучении больных со стороны крови наблюдаются все перечисленные изменения, кроме

а) лейкопении

б) лимфопении

в) тромбопении

г) эритроцитоза

041. Толерантными для кожи при обычном фракционировании являются следующие очаговые дозы

а) 30-39 Гр

б) 41-45 Гр

в) 51-59 Гр

г) 60-65 Гр

д) свыше 65 Гр

042. Толерантными для кожно-жировой клетчатки при обычном фракционировании является доза

а) 30-39 Гр

б) 40-49 Гр

в) 50-55 Гр

г) 60 Гр

д) свыше 65 Гр

043. Толерантной для слизистой оболочки полости рта при обычном фракционировании является доза

а) 10-15 Гр

б) 16-25 Гр

в) 26-30 Гр

г) 31-40 Гр

д) 41-50 Гр

044. Толерантной для хряща при обычном фракционировании является доза

а) 20-29 Гр

б) 30-39 Гр

в) 40-49 Гр

г) 55-60 Гр

д) 65-70 Гр

045. Толерантной для кости при обычном фракционировании является доза

а) 30-44 Гр

б) 45-59 Гр

в) 60-70 Гр

г) 75-80 Гр

д) свыше 80 Гр

046. Толерантной для головного мозга при обычном фракционировании является доза

а) 10-19 Гр

б) 20-29 Гр

в) 30-35 Гр

г) 36-40 Гр

д) 41-45 Гр

047. Толерантной для спинного мозга при обычном фракционировании является доза

а) 10-19 Гр

б) 20-29 Гр

в) 30-35 Гр

г) 36-40 Гр

д) 41-45 Гр

048. Толерантной для лимфатического узла при обычном фракционировании является доза

а) 20-29 Гр

б) 30-35 Гр

в) 36-40 Гр

г) 46-50 Гр

д) свыше 50 Гр

049. Толерантной для легкого при обычном фракционировании является доза

а) 10-19 Гр

б) 20-24 Гр

в) 25-30 Гр

г) 30-35 Гр

д) 40-45 Гр

050. Толерантной для миокарда при обычном фракционировании является доза

а) 20-29 Гр

б) 30-39 Гр

в) 45 Гр

г) 50 Гр

д) 55 Гр

051. Толерантной для пищевода при обычном фракционировании является доза

а) 30-39 Гр

б) 40-49 Гр

в) 55 Гр

г) 60 Гр

д) 65 Гр

052. Толерантной для тонкого кишечника при обычном фракционировании является доза

а) 20 Гр

б) 25 Гр

в) 30 Гр

г) 35 Гр

д) 40-45 Гр

053. Толерантной для прямой кишки при обычном фракционировании является доза

а) 40 Гр

б) 50 Гр

в) 60 Гр

г) 65 Гр

д) 70 Гр

054. Толерантной для мочевого пузыря при обычном фракционировании является доза

а) 30-40 Гр

б) 41-50 Гр

в) 55 Гр

г) 60 Гр

д) 65-70 Гр

055. Толерантной для почки при обычном фракционировании является доза

а) 5 Гр

б) 8 Гр

в) 10 Гр

г) 15 Гр

д) 20 Гр

056. Толерантной для яичка при обычном фракционировании является доза

а) 2 Гр

б) 3 Гр

в) 5 Гр

г) 7 Гр

д) 10 Гр

057. Толерантной для яичника при обычном фракционировании является доза

а) 15 Гр

б) 3 Гр

в) 5 Гр

г) 8 Гр

д) 10 Гр

058. Толерантной для вульвы при обычном фракционировании является доза

а) 10 Гр

б) 20-25 Гр

в) 30 Гр

г) 31-35 Гр

д) 40-45 Гр

059. Толерантной для влагалища при обычном фракционировании является доза

а) 40-50 Гр

б) 55 Гр

в) 60-65 Гр

г) 70-75 Гр

д) 80 Гр

060. Толерантной для костного мозга при обычном фракционировании является доза

а) 5 Гр

б) 8 Гр

в) 10 Гр

г) 15 Гр

д) 20 Гр

061. Толерантной для селезенки при обычном фракционировании является доза

а) 40 Гр

б) 45 Гр

в) 50 Гр

г) 55 Гр

д) 60 Гр

062. Толерантной для печени при обычном фракционировании является доза

а) 20 Гр

б) 30 Гр

в) 40 Гр

г) 50 Гр

д) 60 Гр

063. Номинальная стандартная доза - это

а) поглощенная доза в некоторой точке объема облучения

б) среднее значение поглощенной дозы в объеме облучения

в) количественная оценка эффекта облучения по критерию предельного уровня толерантности нормальной соединительной ткани

г) количественная оценка эффекта облучения по критерию частичной толерантности нормальной соединительной ткани

д) количественная оценка эффекта облучения в зависимости от степени регрессии опухоли

064. С помощью модели номинальной стандартной дозы (НСД) при разработке режима фракционирования могут быть определены все перечисленные параметры, кроме

а) разовой дозы

б) полного времени облучения

в) площади поля облучения

г) числа фракций (сеанса)

д) суммарной поглощенной (очаговой) дозы

065. Факторы ВДФ (время - доза - фракционирование) - это

а) суммарная поглощенная доза в некоторой точке облучаемой ткани, подведенная за определенное число фракций

б) количественная оценка эффекта облучения по критерию частичной толерантности нормальной соединительной ткани

в) количественная оценка эффекта облучения по критерию предельной толерантности нормальной соединительной ткани

г) среднее значение поглощенной дозы в объеме облучения

д) количественная оценка эффекта облучения по степени регрессии опухоли

066. С помощью модели ВДФ (время - доза - фракционирование) при планировании лучевой терапии можно решить все перечисленные задачи, кроме

а) сравнения различных режимов фракционирования дозы

б) определения изоэффективных доз для различных схем фракционирования дозы

в) учета перерывов в облучении

г) выбора оптимальных пространственных параметров облучения (направления пучков излучения, точки центрации и др.)

д) учета влияния мощности дозы на величину суммарной поглощенной дозы контактных методах облучения источниками низкой активности

067. С использованием модели ВДФ (время - доза - фракционирование) могут быть определены все следующие параметры внутриполостного облучения источниками низкой активности, кроме

а) суммарной поглощенной дозы

б) времени облучения

в) мощности дозы облучения

г) числа сеансов и продолжительности интервала между сеансами облучения

068. Нестандартными считаются следующие режимы фракционирования

а) облучение через день равными дозами

б) динамическое фракционирование

в) мультифракционирование

г) облучение раз в неделю равными дозами

д) правильно б) и в)

069. Динамическое фракционирование - это

а) ежедневное облучение крупными равными дозами

б) облучение раз в неделю равными дозами

в) облучение 2-3 раза в день равными дозами с интервалом 4-6 часов

г) облучение разными дозами, подводимыми через равные интервалы времени один раз в день

д) облучение разными дозами, подводимые через разные промежутки времени

070. Кумулятивный радиационный эффект (КРЭ) - это

а) количественная оценка эффекта облучения по критерию частичной толерантности нормальной соединительной ткани

б) количественная оценка постепенного накопления эффекта облучения в нормальной соединительной ткани

в) количественная оценка эффекта облучения по критерию предельного уровня нормальной соединительной ткани

г) интегральная доза облучения в опухолевом объеме

д) интегральная поглощенная доза излучения в окружающих опухоль нормальных тканях

071. Использование моделей НСД, ВДФ и КРЭ имеет ограничения по

а) числу фракций

б) мощности дозы излучения

в) полного времени курса лучевого лечения

г) величине разовой дозы

д) всему перечисленному

**4. ГИГИЕНИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ РАДИАЦИОННОЙ БЕЗОПАСНОСТИ В ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**

001. Для стохастических эффектов характерно все перечисленное, кроме

а) наличия порога дозы

б) отсутствия порога дозы

в) отсутствия связи между дозой и тяжестью проявления эффекта

г) наличия связи между дозой и вероятностью проявления

002. Пороговая доза для возникновения рвоты при равномерном однократном облучении всего тела составляет

а) 0.5 Гр

б) 5 бэр

в) 50 рад

г) 100 бэр

д) правильно а) и в)

003. К гигиеническим нормативам внутреннего облучения лиц категории А относятся все перечисленное, кроме

а) предельно допустимых доз (ПДД)

б) предела дозы (ПД)

в) предельно допустимого годового поступления радионуклида через органы дыхания (ПДП)

г) допустимого содержания радионуклида в воздухе рабочей зоны (ДСА)

д) допустимой концентрации радионуклида в воздухе рабочей зоны (ДКА)

004. К гигиеническим нормативам внешнего облучения лиц категории Б относятся все перечисленные, кроме

а) предельно допустимой дозы (ПДД)

б) предела дозы (ПД)

в) допустимой мощности дозы (ДМДб)

г) допустимой плотности потока частиц (ДППб)

005. Эквивалентная доза определяется

а) в рентгенах

б) в радах

в) в зивертах

г) в бэрах

д) правильно в) и г)

006. Генетическая доза популяции - это

а) среднее значение индивидуальной эквивалентной дозы на гонады в популяции

б) годовая генетически значимая доза, умноженная на средний репродуктивный возраст

в) 1.0 Гр

г) 50 рад

д) правильно в) и г)

007. Радиофармпрепараты, содержащие йод-131 относятся к группе радиационной опасности

а) А

б) Б

в) В

г) Г

д) Д

008. Для пациента неоправданными являются все следующие условия облучения, кроме

а) превышения толерантных доз

б) возникновения выраженных местных лучевых реакций кожи

в) возникновения генетических эффектов

г) лучевые повреждения плода

009. Объем радиационного контроля в кабинете дистанционной гамма-терапии включает все перечисленное, кроме

а) индивидуального контроля доз внешнего облучения персонала

б) индивидуального контроля доз внутреннего облучения персонала

в) измерения мощности дозы гамма-излучения на рабочих местах

г) контроля эффективности конструкционной защиты гамма-аппарата

д) контроля блокировочных устройств на входе в процедурную

010. Для уменьшения мощности дозы в 2 раза расстояние от источника гамма-излучения необходимо увеличить

а) в 5 раз

б) в 4 раза

в) в 2 раза

г) в 1.7 раз

д) в 1.4 раз

011. К принципам радиационной безопасности относятся все перечисленное, исключая

а) защиту расстоянием и экранами

б) непревышение установленного дозового предела

в) возможность всякого необоснованного облучения

г) снижения дозы излучения до возможно низкого уровня

012. Предельно допустимые дозы внешнего и внутреннего облучения I группы критических органов составляет (БЭР/год)

а) 0.5

б) 5

в) 10

г) 15

д) 30

013. Основные дозовые пределы представляют

а) экспозиционную дозу

б) поглощенную дозу

в) эквивалентную дозу

г) эффективную дозу

д) эффективную эквивалентную дозу

014. Предельно допустимое годовое поступление радионуклида через органы дыхания (ПДП) относится

а) к основным дозовым пределам лиц категории А

б) к основным дозовым пределам лиц категории Б

в) к допустимым уровням лиц категории А

г) к допустимым уровням лиц категории Б

д) ни к одному из упомянутых

015. При установлении контрольных уровней доз облучения следует исходить из всего перечисленного, кроме

а) необходимости сохранения достигнутого уровня радиационного воздействия в данном учреждении ниже допустимого

б) планирования мероприятий по улучшению радиационной обстановки

в) неравномерности радиационного воздействия во времени при периодических работах

г) неравномерности радиационного воздействия во времени при нестационарном режиме работы

д) равномерности радиационного воздействия во времени при периодических и нестационарном режиме работы

016. Планируемое облучение в дозе до 2 ПДД (предельно допустимых доз) разрешается

а) администрацией

б) территориальными органами управления здравоохранения

в) местными органами Госсаннадзора

г) МЗ республики

д) правильно а) и в)

017. Ограничение облучение населения (категории В) осуществляется регламентацией или контролем всего перечисленного, кроме

а) радиоактивности внешней среды

б) технологических процессов, которые могут привести к загрязнению окружающей среды

в) доз медицинского облучения

г) установленными дозовыми пределами для лиц категорий А и Б

д) снижения доз облучения больным, подлежащим лучевой терапии

018. Мощности эквивалентной дозы излучения от терапевтических аппаратов на расстоянии 1 м от поверхности блока защиты не должны превышать

а) 10 мбэр/час

б) 3 мбэр/час

в) 1 мбэр/час

г) 0.3 мбэр/час

д) 0.1 мбэр/час

019. Основными факторами радиационной безопасности при работе линейного ускорителя являются все перечисленные, кроме

а) пучков электронов

б) озона и окислов азота

в) тормозного излучения

г) фотонейтронов

д) неиспользуемого рентгеновского излучения

020. Работы III класса могут проводиться во всех перечисленных помещениях, кроме

а) любого помещения без специальных требований радиационной безопасности

б) отдельных помещений, соответствующих требованиям химической лаборатории

в) отдельной части здания

г) пристройки к зданию

д) отдельного здания

021. Мероприятиями, исключающими нестохастические эффекты у больных отдельных лучевой терапии, являются все перечисленные, кроме

а) правильного выбора физико-технических условий облучения

б) защиты здоровых тканей

в) высокой квалификации медицинского персонала

г) организации индивидуального дозиметрического контроля персонала

022. Допустимая мощность дозы (ДМД) в активной палате не должна превышать

а) 5.8 мбэр/час

б) 2.9 мбэр/час

в) 0.24 мбэр/час

г) 0.06 мбэр/час

д) 0.03 мбэр/час

023. За хранение и учет источников ионизирующих излучений несут ответственность

а) радиологическая группа СЭС

б) органы Госсаннадзора и внутренних дел

в) администрация учреждения

г) заведующий хранилищем

д) правильно в) и г)

024. Гигиенические требования к транспортировке источников ионизирующих излучений регламентируются

а) особой инструкцией министерства внутренних дел

б) правилами безопасности при транспортировке радиоактивных веществ

в) правилами администрации учреждений

г) основными правилами безопасности и физической защиты при перевозке ядерных материалов (ОПБЗ-83)

д) правильно б) и г)

025. Отходы не считаются радиоактивными, если содержание в них

а) отдельных радионуклидов или их смесей не превышает ДКб (допустимой концентрации) для воды

б) альфа-активных нуклидов больше 2х10-7 Kл/кг

в) бета-активных нуклидов больше 2х10-6 Kл/кг

г) гамма-активных нуклидов превышает 1х10-7 г. экв. радия/кг

026. Запрещается выливать жидкие радиоактивные отходы во все перечисленные сооружения, кроме

а) колодцев

б) скважин

в) спецканализации

г) полей фильтрации

д) полей орошения

**5. МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И ПРЕДЛУЧЕВОЙ ПОДГОТОВКИ**

001. Дистанционная лучевая терапия - это метод

а) лучевого лечения с использованием облучения внешними пучками

б) лучевого лечения с использованием источников излучения, вводимых в естественные полости человека

в) лучевого лечения с использованием источников излучения, вводимых в ткань опухоли

г) облучения радиоактивными препаратами, имеющими тропность к опухоли

д) эндолимфатического введения радионуклидов

002. Для дистанционной лучевой терапии используются все перечисленные виды излучения, кроме

а) нейтронного

б) электронного

в) гамма-излучения

г) рентгеновского

д) лазерного

003. Для дистанционной лучевой терапии используются радионуклиды

а) иридий-192

б) кобальт-60

в) стронций-90

г) золото-198

д) фосфор-32

004. Для дистанционной гамма-терапии используются все перечисленные аппараты, кроме

а) АГАТ-В

б) АГАТ-Р

в) АГАТ-С

г) РОКУС-М

005. Для дистанционной электронной терапии используются следующие аппараты

а) линейные ускорители электронов

б) бетатроны

в) циклотроны

г) аппараты для короткодистанционной рентгенотерапии

д) правильно а) и б)

006. Для дистанционной лучевой терапии высокоэнергетическим тормозным рентгеновским излучением используются

а) гамма-терапевтические аппараты

б) бетатроны

в) линейные ускорители электронов

г) аппараты для короткодистанционной рентгенотерапии

д) правильно б) и в)

007. Для дальнедистанционной рентгенотерапии используются аппараты

а) РУМ-20

б) РУМ-17

в) АГАТ-С

г) бетатрон

д) РУМ-21

008. Для короткодистанционной рентгенотерапии используются аппараты

а) РУМ-21

б) РУМ-20

в) РОКУС-М

г) микротрон

д) РУМ-17

009. Для дистанционной нейтронной терапии используются следующие аппараты и источники излучения

а) калифорний-252

б) циклотрон

в) линейные ускорители электронов

г) микротроны

д) бетатроны

010. Способами облучения при статической дистанционной лучевой терапии являются все перечисленные, кроме

а) однопольного облучения

б) двухпольного облучения

в) секторного облучения

г) облучения с формирующими устройствами

д) многопольного облучения

011. В дистанционной лучевой терапии используются все перечисленные формирующие устройства, кроме

а) защитных блоков

б) клиновидных фильтров

в) решетчатых диафрагм

г) аппликаторов

д) растров

012. В дистанционной подвижной лучевой терапии используются все перечисленные способы облучения, кроме

а) многопольного

б) конвергентного

в) эксцентричной ротации

г) ротационного кругового

д) секторного

013. При проведении дистанционной лучевой терапии используются все перечисленные режимы облучения, кроме

а) традиционного фракционирования

б) непрерывного облучения

в) однократного облучения

г) динамического фракционирования

д) мультифракционирования

014. Радиочувствительность опухоли увеличивается при использовании всех перечисленных методов воздействия, кроме применения

а) радиосенсибилизаторов

б) радиопротекторов

в) гипербарической оксигенации

г) гипертермии

д) электро-акцепторных соединений

015. Внутритканевая лучевая терапия - это

а) облучение операционной раны

б) введение препаратов, имеющих тропность к опухоли

в) внутрисосудистое введение радиоактивных микросфер

г) эндолимфатическое введение радионуклидов

д) введение радиоактивных источников в опухоли и прилежащие к ней нормальные ткани

016. При внутритканевой лучевой терапии применяются все перечисленные виды облучения, кроме

а) гамма-излучения

б) бета-излучения

в) альфа-излучения

г) мягкого рентгеновского излучения

д) нейтронного излучения

017. При внутритканевой лучевой терапии используются все перечисленные изотопы, кроме

а) иридия-192

б) иттрия-90

в) кобальта-60

г) технеция-88м

д) тантала-182

018. При внутритканевой лучевой терапии используются все следующие изотопы, кроме

а) золота-198

б) цезия-137

в) калифорния-252

г) радия-226

д) цинка-182

019. При внутритканевой лучевой терапии не используются

а) водные растворы радиофармпрепарата

б) коллоидные растворы

в) гранулы и сборки

г) штифты и скобы

д) проволоки, нити и леска

020. Внутритканевая лучевая терапия может быть применена во всех перечисленных клинических ситуациях, кроме

а) самостоятельного курса

б) сочетания с дистанционной лучевой терапией

в) случая прорастания опухоли в крупный кровеносный сосуд

г) сочетания с внутриполостной лучевой терапией

д) комбинации с органосохраняющими операциями

021. Для проведения внутритканевой лучевой терапии применяются все перечисленные системы внедрения источников, кроме

а) манчестерской системы

б) системы Патерсона - Паркера

в) парижской системы

г) стокгольмской системы

д) индивидуального планирования

022. При внутритканевой лучевой терапии по системе Патерсона-Паркера необходимо соблюдать все перечисленные правила, кроме

а) расположения источников параллельно в плоскости

б) параллельного расположения плоскостей

в) заранее регламентирующей мощности дозы

г) одинаковыми расстояниями между источниками в плоскости

д) необходимости замкнутости плоскости со всех сторон

023. При внутритканевой лучевой терапии штырьковыми источниками по парижской системе необходимо соблюдать все перечисленные правила, кроме

а) строгой параллельности источников и полостей

б) идентичности источников

в) заранее регламентированной мощности дозы

г) строгого выполнения рассчитанного размещения источников

д) любого смещения плоскостей

024. Радиоактивные препараты могут быть внедрены всеми перечисленными способами, кроме

а) непосредственно ручного введения

б) инфильтрации тканей через иглу

в) введения источников с помощью инструментария

г) последовательного ручного или автоматизированного введения интрастатов и источников

д) использования специальных устройств и аппаратов

025. Методика последовательного введения интрастатов и источников дает все перечисленные ниже преимущества, кроме

а) тщательного размещения и фиксации источников

б) уменьшения лучевой нагрузки на больного

в) уменьшения лучевой нагрузки на персонал

г) возможности автоматизации лучевой терапии

д) возможности использования наркоза при введении интрастатов

026. Показаниями к применению внутритканевой бета-терапии являются все перечисленные, кроме

а) самостоятельного метода лечения первичной опухоли

б) самостоятельного метода лечения местных рецидивов до 1 см в наибольшем размере

в) компонента в комбинированном лечении ряда злокачественных опухолей

г) компонента в комбинированном лечении местных рецидивов

д) компонента комплексного лечении отдельных опухолей и местных рецидивов

027. Внутритканевая бета-терапия предполагает

а) постоянную имплантацию источников

б) имплантацию источников с последующим их извлечением

в) использование методики ручного последовательного введения интрастатов и источников

г) использование автоматического последовательного введения интрастатов и источников

д) облучение один раз в неделю

028. Внутритканевая лучевая терапия практически не используется при опухолях

а) пищеварительного тракта

б) дыхательных путей

в) нервной системы

г) сердечно-сосудистой системы

д) мягких тканей

029. При внутритканевой лучевой терапии характер облучения

а) постоянный

б) дробно-протяжный

в) дробно-интенсивный

г) правильно б) и в)

д) правильно а) и б)

030. При внутритканевой лучевой терапии используются следующие мощности дозы

а) низкая

б) средняя

в) высокая

г) правильно а) и б)

д) любая из перечисленных

031. При внедрении источников в ткани оптимальным расстоянием между препаратами является

а) 0.3-0.75 см

б) 0.75-2.0 см

в) 2.5-3.0 см

г) 3.5-3.0 см

д) 3.5-5.0 см

032. Внутриполостная лучевая терапия - это

а) размещение источников излучения на поверхности опухоли

б) внедрение источников излучения в ткани

в) внедрение источников излучения в полость опухоли при ее распаде

г) внедрение источников излучения в полостные органы

д) прием источников излучения пероральным путем

033. Для проведения внутриполостной лучевой терапии используются все перечисленные виды излучения, кроме

а) дальнедистанционной рентгенотерапии

б) короткодистанционной рентгенотерапии

в) гамма-терапии

г) нейтронной терапии

034. Внутриполостная лучевая терапия используется во всех перечисленных вариантах, кроме

а) сочетания с дистанционным облучением

б) компонента комбинированного лечения

в) единственного, самостоятельного метода лечения

г) сочетания с криотерапией

д) компонента комплексного лечения

035. Для внутриполостной лучевой терапии применяются все перечисленные радионуклиды, кроме

а) цезия-137

б) кобальта-60

в) калифорния-252

г) иттрия-90

д) иридия-192

036. Для проведения внутриполостной лучевой терапии используются все перечисленные источники излучения, кроме

а) шариковидных источников

б) жидких источников

в) штырьковых источников

г) нитевидных источников

д) линейных источников

037. Для проведения внутриполостной лучевой терапии используются аппараты

а) АГАТ-С

б) АГАТ-ВЗ, АГАМ

в) РОКУС-М

г) АГАТ-ВУ

д) правильно б) и г)

038. Внутриполостную лучевую терапию применяют для лечения первичных опухолей всех перечисленных локализаций рака, кроме

а) шейки матки

б) тела матки

в) молочной железы

г) мочевого пузыря

д) прямой кишки

039. При внутриполостной лучевой терапии источниками низкой активности используются все перечисленные методики, кроме

а) автоматизированного последовательного введения эндостатов и источников излучения

б) Патерсона - Паркера

в) ручного последовательного введения эндостатов и источников излучения

г) манчестерской методики

д) парижской

040. Преимуществами методики последовательного введения эндостатов и источников перед "классической" являются

а) возможность четкой фиксации и ориентации источников относительно опухоли

б) возможность рентгенологического контроля

в) возможность создания стабильных дозных и дозиметрического обеспечения на ЭВМ

г) создание условий радиационной безопасности

д) все перечисленное

041. При внутриполостной лучевой терапии с использованием низкой мощности дозы на опухоль подводятся все перечисленные ниже суммарные очаговые дозы, кроме

а) 5-10 Гр

б) 20-30 Гр

в) 65-70 Гр

г) 80 Гр

д) 90 Гр

042. При внутриполостной лучевой терапии с использованием высоких мощностей дозы (аппарат типа АГАТ-В) на опухоль подводятся следующие суммарные поглощенные дозы

а) 5-10 Гр

б) 15-55 Гр

в) 60-80 Гр

г) 100-120 Гр

д) любая из перечисленных

043. При внутриполостной лучевой терапии с использованием высоких мощностей дозы используются все вышеперечисленные разовые поглощенные дозы, кроме

а) 3 Гр

б) 5 Гр

в) 7-8 Гр

г) 10 Гр

д) 15 Гр

044. При внутриполостной лучевой терапии с использованием низких мощностей поглощенными дозами за сеанс являются

а) 3-5 Гр

б) 7-8 Гр

в) 10-18 Гр

г) 20-25 Гр

д) 30 Гр

045. Предельными значениями факторов ВДФ для первичной опухоли (гинекологический рак) при внутриполостной лучевой терапии являются

а) 100-110

б) 120-160

в) 180-200

г) 210-250

046. Предельными значениями факторов ВДФ в точке В у гинекологических больных являются

а) 20-30

б) 35-45

в) 20-30

г) 50-55

д) 60 ед.

047. Методами ориентации топографии опухоли по отношению к поверхности тела являются все перечисленные, кроме

а) рентгеноскопии

б) рентгенограммы по костным ориентирам

б) пальпации

г) радионуклидных методов исследования

д) аускультации

048. При составлении топометрической карты используются все перечисленные методы, кроме

а) рентгенометрического метода

б) компьютерной томографии

в) ядерно-магнитной резонансной томографии

г) анатомических атласов

049. Для снятия контура тела на уровне расположения опухоли используются все перечисленные методы, за исключением

а) контурографа

б) гибкой ленты

в) компьютерной томографии

г) круговой копировальной дуги со стержнями

050. Для переноса топографии опухоли и окружающих тканей и органов могут использоваться все перечисленные методы и средства, кроме

а) поперечной и компьютерной томографии

б) масштабных линеек

в) симулятора

г) рентгенограмм в двух проекциях с использованием коэффициента увеличения

д) рентгеноскопии

051. Выбор объема облучения зависит от всех перечисленных факторов, кроме

а) наличия регионарных метастазов

б) наличия отдаленных метастазов

в) прорастания опухолью соседних органов

г) гистологического строения опухоли

д) клинической формы роста опухоли

052. Определение объема облучения проводится

а) по разметочным рентгенограммам с помощью глубинных сеток и масштабных линеек

б) с использованием симулятора

в) во время рентгеноскопии

г) по данным компьютерной и ЯМР-томографии

д) правильно а), б) и г)

053. Ориентация полей облучения на поверхности тела больного проводится

а) по разметочным рентгенограммам с помощью глубинных сеток

б) с помощью трафарета при лечении с фигурных полей

в) с помощью рентгеноскопии

г) с помощью ультразвукового исследования (УЗИ)

д) правильно а) и б)

054. Контроль воспроизводимости выбранных полей облучения осуществляется с помощью всех перечисленных методик, кроме

а) гамма-графии

б) рентгенографии с проволокой

в) с использованием симулятора

г) рентгеноскопии

055. Радикальная программа лучевой терапии включает

а) облучение первичной опухоли, зон клинического и субклинического метастазирования поглощенными дозами, достаточными для полной регрессии опухолевых очагов

б) облучение первичной опухоли и зон клинического метастазирования

в) облучение зон регионарного метастазирования после хирургического вмешательства

г) облучение отдаленных метастазов

д) облучение первичной опухоли любой локализации

056. Паллиативная программа лучевой терапии включает

а) облучение первичной опухоли

б) первичной опухоли и зон регионарного метастазирования небольшими дозами

в) очагов поражения для снятия боли

г) правильно а) и в)

д) правильно а) и б)

057. Симптоматическая лучевая терапия - это

а) локальное облучение первичного или метастатического очага для снятия определенного симптома (боли, удушья и др.)

б) облучение зон лимфооттока после нерадикальной операции

в) облучение послеоперационного рубца при нерадикальной операции

г) облучение послеоперационного рубца и зон регионарного метастазирования при нерадикально выполненной операции

058. Для радикальной программы лучевой терапии могут использоваться все перечисленные виды лучевой терапии, кроме

а) дистанционной лучевой терапии

б) внутритканевой лучевой терапии

в) короткодистанционной рентгенотерапии

г) сочетанной лучевой терапи

д) внутриполостной лучевой терапии

059. Лучевая терапия в комбинации с хирургическим вмешательством применяется при всех перечисленных стадиях заболевания, кроме

а) II стадии заболевания

б) III стадии

в) IV стадии заболевания

г) малодифференцированных опухолях, независимо от стадии процесса

060. Лучевая терапия в комбинации с лекарственной терапией применяется при всех перечисленных стадиях заболевания, кроме

а) I-II стадии рака, при высокой степени дифференцировки клеток

б) генерализованных форм злокачественных опухолей

в) малодифференцированных форм рака

г) после нерадикально выполненной операции

**6. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

001. Первичные опухоли головного мозга среди всех злокачественных новообразований составляют

а) 1-2%

б) 2-6%

в) 7-10%

г) 11-15%

002. Среди опухолей головного мозга чаще всего встречаются

а) опухоли, исходящие из глии

б) опухоли, исходящие из мозговых оболочек

в) невриномы слухового нерва

г) опухоли гипофиза

д) краниофарингеомы

003. Опухоли головного мозга могут метастазировать

а) лимфогенным путем

б) гематогенным путем

в) лимфо-гематогенным путем

г) по ликворным путям

д) правильно в) и г)

004. По ликворным путям метастазируют все перечисленные опухоли, кроме

а) глиобластом

б) медуллобластом

в) эпендимобластом

г) пинеалобластом

д) злокачественных папиллом сплетений

005. Для выявления опухолей головного мозга наиболее эффективными методами диагностики являются все перечисленные, кроме

а) обзорной рентгенографии

б) ангиографии

в) компьютерной томографии

г) радионуклидных исследований

д) электроэнцефалографии

006. Наиболее эффективными методами лечения злокачественных опухолей костей черепа являются

а) хирургический

б) лучевой

в) комбинированный

г) химиотерапевтический

д) комплексный

007. Радиорезистентными являются все перечисленные опухоли, кроме

а) медуллобластом

б) эпендимом

в) астроцитом

г) олигодентроглиом

д) менингеом

008. Радиочувствительными являются все перечисленные опухоли, кроме

а) аденомы гипофиза

б) глиобластомы

в) медуллобластомы

г) нейробластомы

д) менингеомы

009. При неметастазирующих опухолях головного мозга показаны все перечисленные методики лучевой терапии, кроме

а) локального облучения с двух противолежащих полей

б) многопольного локального облучения

в) подвижного облучения

г) сочетанного (статического и подвижного) облучения

010. К особенностям облучения метастазирующих опухолей головного мозга относятся

а) необходимость облучения всего головного мозга

б) необходимость облучения головного и спинного мозга

в) необходимость облучения головного мозга и конского хвоста

г) необходимость облучения зон лимфогенного метастазирования

д) обязательное включение в зону лучевой обработки гипофиза

011. В начале курса лучевой терапии при опухолях ЦНС разовая поглощенная доза должна составлять

а) от 0.5 до 1.0 Гр

б) 1.5-2.0 Гр

в) 2.5-3.0 Гр

г) 4.0-5.0 Гр

012. Малочувствительными к лучевому воздействию являются следующие варианты аденом гипофиза

а) эозинофильная

б) базофильная

в) хромофобная

г) правильно а) и б)

д) правильно а) и в)

013. Для лучевого лечения аденом гипофиза применяют все перечисленные виды ионизирующих излучений, кроме

а) рентгеновского низкой энергии

б) рентгеновского тормозного высокой энергии

в) гамма-терапии

г) протонного пучка

014. Метастазы в головной мозг чаще всего могут быть при всех перечисленных опухолях, кроме

а) семиномы

б) мелкоклеточного рака легкого

в) рака молочной железы

г) меланомы

д) рака шейки матки

015. При обнаружении единичного метастаза в головной мозг наиболее приемлемы следующие методики лучевой терапии

а) локальное статическое облучение

б) локальное подвижное облучение

в) статическое облучение всего полушария

г) подвижный вариант облучения одного полушария

д) статическое облучение обоих полушарий с последующим переходом на локальные поля

016. При злокачественных опухолях спинного мозга показаны следующие варианты лечения

а) хирургический

б) лучевой

в) комбинированный (операция + облучение)

г) комплексный

д) химиолучевой

017. Рак языка в структуре онкологической заболеваемости составляет

а) 0.5-0.9%

б) 1.0-3.0%

в) 3.1-4.0%

г) 4.1-5.0%

д) 5.5- 0%

018. Среди опухолей органов полости рта рак языка встречается

а) в 10-19%

б) в 20-29%

в) в 30-39%

г) в 40-50%

д) более чем в 50%

019. К опухолям слизистой оболочки полости рта относятся все перечисленные локализации рака языка, кроме

а) кончика языка

б) средней трети языка

в) боковой поверхности языка

г) задней трети языка

д) нижней поверхности языка

020. Заболеваемость раком языка

а) снижается

б) стабилизировалась

в) возрастает

г) стабилизировалась у женщин, возрастает у мужчин

д) стабилизировалась у мужчин, возрастает у женщин

021. Смертность при раке языка в России

а) снижается

б) стабилизировалась

в) возрастает

г) возрастает у женщин

д) возрастает у мужчин

022. К предраковым относятся все перечисленные состояния, кроме

а) острой травмы языка

б) хронической травмы языка

в) дистрофических процессов слизистой оболочки

г) анапластических процессов слизистой оболочки

д) хронических воспалительных процессов

023. Терапия предраковых состояний языка включает все перечисленное, кроме

а) частоты приема пищи

б) витаминотерапии

в) гормонотерапии

г) антибактериальной терапии

д) лучевой терапии

024. Среди злокачественных опухолей языка наиболее часто встречаются

а) плоскоклеточные раки

б) аденокарцинома

в) саркомы

г) меланома

д) правильно в) и г)

025. Наиболее часто при раке языка поражаются следующие группы лимфатических узлов

а) подчелюстные на стороне поражения

б) подчелюстные и подбородочные

в) шейно-подчелюстные на стороне поражения

г) шейно-подчелюстные на стороне поражения и подбородочные

д) заднешейные лимфатические узлы

026. Различают следующие клинические формы рака языка

а) папилломатозную

б) экзофитную

в) инфильтративную

г) язвенную

д) все перечисленные

027. Для установления диагноза рака языка, помимо клинических, используются следующие методы

а) цитологическое исследование

б) гистологическое исследование

в) рентгенологическое исследование

г) радионуклидное исследование

д) сочетание а) и б)

028. I стадия рака языка при системе TNM - это

а) T1N0M0

б) T2N0M0

в) T3N0M0

г) T1N1M0

д) T2N1M0

029. II стадия рака языка по системе TNM - это

а) T1N0M0

б) T2N0M0

в) T3N0M0

г) T1N1M0

д) T2N1M0

030. III стадия рака языка по системе TNM - это

а) T3N0M0

б) T4N0M0

в) T1-1N1M0

г) T3N1M0

д) сочетание а), в) и г)

031. IV стадия рака языка по системе TNM включает все перечисленные, кроме

а) T4N0M0

б) T2-3N1M0

в) T2N2-3M0

г) T4N1M0

д) T4N0M0

032. Для определения значения индекса T по международной классификации имеют значение все перечисленные параметры, кроме

а) размера опухоли

б) перехода на соседние отделы

в) переходы на соседние области

г) глубины инфильтрации

д) прорастания в мышцы дна полости рта

033. Для определения значения индекса N по международной классификации имеют значение все перечисленные параметры, кроме

а) консистенция лимфатических узлов

б) наличие увеличенных лимфатических узлов

в) числа лимфатических узлов

г) односторонности или двухсторонности их поражения

д) подвижности лимфатических узлов

034. Радикальными методами лечения рака языка являются все перечисленные, кроме

а) лучевой терапии

б) хирургического метода лечения

в) криотерапии

г) комбинированного метода

д) комплексного метода

035. При наличии метастаза в регионарных лимфатических узлах ведущим является

а) метод лучевой терапии

б) оперативное вмешательство

в) химиотерапия

г) иммунотерапия

д) использование радиомодификаторов

036. При лучевом лечении рака языка используются все перечисленные виды лучевой терапии, кроме

а) дистанционной гамма-терапии

б) внутритканевой гамма-нейтронной лучевой терапии

в) короткодистанционной рентгенотерапии

г) электронного облучения

д) дальнедистанционной рентгенотерапии

037. При облучении первичной опухоли языка предполагаемая суммарная очаговая доза (СОД) зависит от всего перечисленного, кроме

а) гистологического строения

б) планируемого значения фактора ВДФ

в) скорости регрессии опухоли

г) возраста больного

д) переносимости лучевой терапии

038. Для полной регрессии опухоли языка при проведении дистанционной гамма-терапии суммарная очаговая доза должна составить

а) 40-45 Гр

б) 46-49 Гр

в) 50-80 Гр

г) 90-100 Гр

д) 100-120 Гр

039. При облучении первичного очага методом дистанционной гамма-терапии применяются все перечисленные методики, кроме

а) облучения двух противолежащих полей

б) двухпольного облучения с клиновидными фильтрами или без

в) круговой ротации

г) секторного качания или оптимизированной программы подвижного облучения

040. При дистанционном облучении используются все следующие варианты лучевой терапии, кроме

а) непрерывного облучения

б) расщепленного курса лучевой терапии

в) динамического фракционирования

г) мультифракционирования

д) использования радиомодификаторов

041. При начальных стадиях рака языка минимальным объемом радикального оперативного вмешательства является

а) клиновидная резекция

б) половинная резекция языка

в) гингвэктомия

г) клиновидная резекция с использованием лазера

д) криохирургическое вмешательство

042. Для профилактики субклинических метастазов величина суммарной очаговой дозы должна составить

а) 35-39 Гр

б) 40-44 Гр

в) 45-49 Гр

г) 50-54 Гр

д) 55-60 Гр

043. При необходимости лимфаденэктомии нерадикальными являются

а) операция Ванаха

б) односторонняя верхняя шейная футлярно-фасциальная лимфаденэктомия

в) двухсторонняя шейная футлярно-фасциальная лимфаденэктомия

г) двухсторонняя верхняя шейная футлярно-фасциальная лимфаденэктомия

д) операция Крайля

044. Суммарная очаговая доза при консервативном лечении на метастатический узел составляет

а) 50-59 Гр

б) 60-64 Гр

в) 65-70 Гр

г) 71-75 Гр

д) 76-80 Гр

045. Методика облучения конгломерата метастатических лимфатических узлов на втором этапе ДЛТ предусматривает

а) локальное облучение

б) облучение с 2 противолежащих боковых полей

в) облучение с 2 противолежащих полей, переднего и заднего, с экранизацией гортани и спинного мозга

г) облучение с 4 полей 2 передних и 2 задних полей

д) ротационное облучение

046. В самостоятельном плане внутритканевая лучевая терапия чаще всего может быть применена при опухолях с индексом

а) T1

б) T2

в) T3

г) T4

д) сочетание а) и в)

047. При сочетанной лучевой терапии доза от дистанционного компонента составляет

а) 10-19 Гр

б) 20-29 Гр

в) 30-40 Гр

г) 41-45 Гр

д) Б, В и Г

048. Задачами дистанционной лучевой терапии при сочетанном лечении являются все перечисленные, кроме

а) резорбции экзофитной части опухоли

б) снятия перифокального воспаления

в) воздействия на очаги мультицентрического роста

г) воздействия на внутриорганные метастазы

д) уменьшение объема внутритканевого облучения

049. Профилактика лучевых реакций и осложнений включает все перечисленное, кроме

а) правильного планирования лучевой терапии

б) режима питания

в) санации полости рта

г) исключения вредных привычек (курения, употребления алкоголя и др)

д) суммарной очаговой дозы

060. Частота рака губы среди опухолей рта составляет

а) 2-4%

б) 5-7%

в) 8-10%

г) 11-15%

д) 16-20%

061. Предрасполагающими факторами возникновения рака губы являются все перечисленные, кроме

а) работы в сырых помещениях

б) курения

в) работы в холодных условиях

г) работы в жарких условиях

д) работы с химическими реактивами, красителями, топливом

062. К предраковым заболеваниям губы относятся все перечисленные, кроме

а) очагового дискератоза

б) лейкоплакии

в) папилломы

г) хронической травмы губы

д) острой травмы губы

063. Для лечения предраковых состояний губы применяются все перечисленные методы, кроме

а) хирургического

б) витаминотерапии

в) криотерапии

г) электрокоагуляции

д) физиотерапии

064. Первым этапом метастатического поражения при раке губы являются

а) подчелюстные лимфатические узлы

б) подбородочные лимфатические узлы

в) околоушные лимфатические узлы

г) надключичные лимфатические узлы

д) верно а) и б)

065. К методам обследования первичного очага и зон регионарного метастазирования относятся все перечисленные, кроме

а) осмотра и пальпации

б) цитологического исследования

в) гистологического исследования

г) радионуклидного исследования

д) УЗИ

066. В плане радикальной терапии первичного очага при раке губы используются все перечисленные методы лечения, кроме

а) хирургического

б) лучевой терапии

в) химиотерапии

г) лучей лазера

д) комбинированного метода

067. Для радикального лучевого лечения рака губы применяются все перечисленные методы, кроме

а) короткодистанционной рентгенотерапии

б) дистанционной гамма-терапии

в) электронной терапии

г) внутритканевой лучевой терапии

д) сочетанной лучевой терапии

068. Для излечения рака губы очаговые дозы должны составлять

а) 45-50 Гр

б) 51-55 Гр

в) 59-69 Гр

г) 60-80 Гр

д) свыше 80 Гр

069. Для внутритканевой лучевой терапии рака губы могут использоваться все перечисленные препараты, кроме

а) штырьковых гамма-излучателей

б) штырьковых нейтронных излучателей

в) трубок с гранулами гамма- или нейтронного излучения

г) радиоактивных препаратов в виде проволоки и нити

д) радиоколлоидных препаратов

070. Величина фактора ВДФ (время - доза - фракционирование) при сочетанной лучевой терапии рака губы (дистанционная + внутритканевая) составляет

а) 100 ед.

б) 101-109 ед.

в) 110-130 ед.

г) 131-140 ед.

д) 141-150 ед.

071. Суммарная очаговая доза от дистанционного облучения при сочетанном лечении рака губы

а) 10-15 Гр

б) 16-19 Гр

в) 20-40 Гр

г) 41-45 Гр

д) 46-50 Гр

072. Суммарная очаговая доза от дистанционной лучевой терапии на шейные лимфатические узлы при комбинированном лечении рака губы

а) 25-29 Гр

б) 30-34 Гр

в) 35-45 Гр

г) 46-50 Гр

д) 51-60 Гр

073. Дистанционная гамма-терапия при раке губы проводится с

а) одного прямого поля

б) одного тангенциального поля

в) двух тангенциальных противолежащих полей

г) двух полей под углом с клиновидными фильтрами

д) верно в) и г)

074. Первичная опухоль губы и лимфатические узлы облучаются

а) вместе одним полем

б) раздельно

в) вместе на 1 этапе

г) раздельно при планировании сочетанной лучевой терапии

д) раздельно при планировании операции на путях лимфооттока

075. Выживаемость при раке губы составляет

а) до 10%

б) 10-29%

в) 30-49%

г) 50-70%

д) 71-90%

076. Рак слизистой оболочки полости рта чаще всего встречается в возрасте

а) до 18 лет

б) 18-39 лет

в) 40-65 лет

г) 66-70 лет

д) старше 70 лет

077. Среди опухолей полости рта (без учета рака языка) поражение слизистой оболочки встречается

а) в более 50%

б) в 50-30%

в) в 30-20%

г) в 20-10%

д) в менее 10%

078. Предрасполагающими для развития рака слизистой оболочки полости рта являются все перечисленные факторы, кроме

а) голосовой нагрузки

б) характера пищи и употребления алкоголя

в) курения

г) хронической травмы

д) жевания табака

079. К предопухолевым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся все перечисленные, кроме

а) кист

б) лейкоплакии

в) красной волчанки

г) невуса

д) атрофических процессов слизистой оболочки

080. Методами лечения предопухолевых заболеваний слизистой полости рта являются все перечисленные, кроме

а) хирургического

б) витаминотерапии

в) электрокоагуляции

г) физиотерапии

д) короткодистанционной рентгенотерапии

081. Возможны все перечисленные гистологические формы рака слизистой полости рта, кроме

а) плоскоклеточного

б) базальноклеточного

в) аденогенного

г) цилиндры

д) аденолимфомы

082. Первичными лимфатическими барьерами при раке слизистой полости рта являются все перечисленные, кроме

а) подчелюстных лимфатических узлов

б) околоушных лимфатических узлов

в) поверхностных и глубоких шейных лимфатических узлов

г) заглоточных лимфатических узлов

д) подключичных лимфатических узлов

083. По международной классификации I стадия заболевания рака слизистой полости рта - это

а) T1N0M0

б) T2N0M0

в) T1N1M0

г) T2N1M0

д) T1N0M0

084. II стадия рака по международной классификации - это

а) T1N0M0

б) T1N1M0

в) T2N0M0

г) T2N1M0

д) T1N2M0

085. III стадия рака по международной классификации включает все перечисленное, кроме

а) T1N1M0

б) T2N1M0

в) T3N0M0

г) T3N1M0

д) T1N0M0

086. IV стадия рака по международной классификации включает все перечисленное, кроме

а) T3N1MO

б) любое T в сочетании с N2

в) любое T в сочетании с N3

г) T4 в любом сочетании

д) M1 в любом сочетании

087. Для лучевой терапии рака слизистой оболочки полости рта используются все перечисленные виды излучения, кроме

а) гамма-излучения

б) рентгеновского

в) нейтронного

г) протонного

д) электронного

088. Для излечения опухоли слизистой полости рта требуются следующие суммарные очаговые дозы (СОД)

а) 50-59 Гр

б) 60-69 Гр

в) 70-80 Гр

г) 81-85 Гр

д) 86-90 Гр

089. Для излечения опухоли слизистой полости рта величина факторов ВДФ должна составить

а) 90-99 ед.

б) 100-109 ед.

в) 110-119 ед.

г) 120-130 ед.

д) свыше 130 ед.

090. При сочетании лучевой терапии суммарная очаговая доза от дистанционного облучения при раке слизистой полости рта составляет

а) до 10 Гр

б) 11-19 Гр

в) 20-25 Гр

г) 26-40 Гр

д) свыше 40 Гр

091. В предоперационном периоде шейные лимфатические узлы при раке слизистой полости рта облучаются суммарной очаговой дозой равной

а) 20-24 Гр

б) 25-34 Гр

в) 35-45 Гр

г) 46-50 Гр

д) 51-60 Гр

092. Для излечения первичной опухоли слизистой полости рта короткодистанционную рентгенотерапию нельзя использовать в связи со всеми следующими обстоятельствами, кроме

а) плохого дозного распределения

б) плохого контроля за положением тубуса

в) недоступности опухоли для подведения тубуса

г) необходимости удаления здоровых зубов для достижения опухоли

д) больших размеров опухоли (обычно больше 3 см)

093. Оптимальный план лучевой терапии по радикальной программе при раке щеки (T2N0M0) по I варианту лечения

а) дистанционную рентгенотерапию с одного поля

б) дистанционную рентгенотерапию с двух встречных полей

в) дистанционную рентгенотерапию с двух полей под углом

г) дистанционную гамма-терапию с одного поля

д) дистанционную гамма-терапию + внутритканевую g-терапию

094. Оптимальный план лучевой терапии по радикальной программе при раке щеки (T2N0M0) по II варианту включает

а) дистанционную гамма-терапию с 2 полей под углом

б) дистанционную гамма-терапию с 2-х встречных полей в соотношении 12

в) дистанционную гамма-терапию (ДГТ) с одного прямого поля + ДГТ с двух полей под углом

г) ДГТ с одного прямого поля + ДГТ с двух полей под углом с клиновидными фильтрами с использованием мультифракционирования

д) ДГТ секторным качанием

095. Оптимальный план лучевой терапии по радикальной программе при раке щеки (T2N0M0) по III варианту включает

а) дистанционную гамма-терапию (ДГТ) по оптимизированной программе

б) ДГТ с двух полей под углом с клиновидными фильтрами + электронное облучение

в) электронную + внутритканевую лучевую терапию

г) ДГТ по расщепленному курсу с двух боковых полей

д) возможно все перечисленное, кроме Г

096. Для излечения рака слизистой твердого неба могут применяться все перечисленные методы лучевой терапии, кроме

а) внутритканевая лучевая терапия

б) ДГТ + короткодистанционной рентгенотерапии

в) ДГТ + аппликационной лучевой терапии

г) аппликационной гамма-терапии

д) короткодистанционной рентгенотерапии

097. Для излечения рака языка I стадии предпочтительны следующие методы лечения, кроме

а) хирургического

б) радиохирургического

в) дистанционной гамма-терапии

г) сочетанной лучевой терапии

098. Для лечения рака языка II стадии предпочтительнее следующий метод лечения

а) хирургический

б) дистанционная гамма-терапия

в) внутритканевая гамма-терапия

г) сочетанная лучевая терапия

099. При лечении рака языка III стадии (T3N0M0) предпочтительно применять перечисленные методы лечения, кроме

а) хирургического

б) внутритканевой лучевой терапии

в) сочетанной лучевой терапии

г) комбинированного метода

д) химиолучевого лечения

100. При лечении рака языка в стадии T4N0 применяются все следующие методы, кроме

а) сочетанной лучевой терапии

б) комбинированного лечения

в) химиолучевого лечения

г) хирургического лечения

101. Новообразования носоглотки среди злокачественных опухолей встречаются

а) в 0.1-1.0%

б) в 2-5%

в) в 6-8%

г) в 9-10%

д) в 11-15%

102. Предрасполагающими факторами развития злокачественных опухолей носоглотки являются все перечисленные, кроме

а) расовой и национальной принадлежности

б) работы в плохо вентилируемом помещении

в) курения

г) злоупотребления алкоголем

д) особенностей питания

103. Наиболее часто встречаются следующие злокачественные опухоли носоглотки

а) плоскоклеточный рак

б) железистый рак

в) меланома

г) злокачественные лимфомы

104. Зонами регионарного метастазирования при раке носоглотки являются все перечисленные, кроме

а) заглоточных лимфатических узлов

б) верхних шейных лимфатических узлов

в) подчелюстных лимфатических узлов

г) средних шейных лимфатических узлов

д) надключичных лимфатических узлов

105. Наиболее достоверными для диагностики рака носоглотки являются все перечисленные методы, кроме

а) наружного осмотра

б) пальпации

в) рентгенографии

г) фиброскопии

д) морфологического исследования

106. Методами воздействия на первичный очаг при раке носоглотки являются все перечисленные, кроме

а) хирургического

б) дистанционной лучевой терапии

в) сочетанной лучевой терапии

г) химиолучевого лечения

107. К методам воздействия на регионарные метастазы при раке носоглотки относятся все перечисленные, кроме

а) хирургического

б) лучевой терапии

в) комбинированного

г) химиолучевого

д) комплексного

108. При отсутствии клинически выявляемых метастазов при раке носоглотки целесообразно

а) наблюдение за больным

б) провести "профилактическое" облучение шеи с обеих сторон

в) провести "профилактическое" облучение шеи на стороне поражения

г) произвести операцию на лимфатических путях шеи

д) провести "профилактические" курсы химиотерапии

109. Противопоказаниями для проведения лучевой терапии при раке носоглотки являются все перечисленные, кроме

а) сопутствующих заболеваний в стадии декомпенсации

б) наличия менингеальных симптомов

в) деструкция костей основания черепа

г) диссеминации опухолевого процесса

д) кахексии

110. Для лечения злокачественных опухолей носоглотки используются все перечисленные методы лучевой терапии, кроме

а) дистанционной гамма-терапии

б) тормозного рентгеновского излучения высокой энергии

в) тормозного рентгеновского излучения низкой энергии

г) электронного излучения

д) внутриполостной гамма-терапии

111. Для излечения первичного очага при раке носоглотки суммарная очаговая доза (СОД) должна составлять (классическое фракционирование)

а) 20-30 Гр

б) 35-45 Гр

в) 46-60 Гр

г) 65-75 Гр

д) 80 Гр

112. Для разрушения метастатического очага при раке носоглотки суммарная очаговая доза должна составлять

а) 20-30 Гр

б) 35-45 Гр

в) 46-60 Гр

г) 65-75 Гр

д) 80 Гр

113. При "профилактическом" облучении шеи в случае рака носоглотки суммарная очаговая доза (СОД) должна составлять

а) 20-30 Гр

б) 35-40 Гр

в) 45-50 Гр

г) 55-60 Гр

д) 65-75 Гр

114. Химиолучевое лечение показано во всех случаях рака носоглотки, кроме

а) I-II стадий заболевания

б) опухолей T3-4

в) наличия метастазов на шее

г) малодифференцированных формах опухолей

д) наличия отдаленных метастазов

115. При лучевом лечении опухолей носоглотки имеется риск повреждения всех перечисленных образований, кроме

а) хрусталика

б) головного мозга

в) костей лицевого скелета и жевательных мышц

г) шейного отдела спинного мозга

д) грудного отдела спинного мозга

116. 5-летняя излеченность при опухолях носоглотки составляет

а) 20-30%

б) 30-35%

в) 40-45%

г) 50-60%

д) 70-80%

117. Чаще всего причинами гибели больных при раке носоглотки являются

а) локальные рецидивы

б) регионарные рецидивы

в) отдаленные метастазы

г) лучевые повреждения

д) правильно а) и б)

118. При возникновении локальных рецидивов в случаях рака носоглотки наиболее целесообразно все перечисленное, кроме

а) хирургического лечения

б) дистанционной гамма-терапии

в) сочетанной лучевой терапии

г) лучевого лечения по оптимизированным программам

д) химиолучевого лечения

141. Частота злокачественных опухолей ротоглотки в общей структуре онкологической заболеваемости составляет

а) 0.1-1.0%

б) 2-5%

в) 15-20%

г) 21-25%

д) больше 25%

142. Предрасполагающими факторами к развитию злокачественных опухолей ротоглотки являются все перечисленные, кроме

а) расовой и национальной принадлежности

б) курения

в) злоупотребления алкоголем

г) работы в деревообрабатывающей промышленности

д) вдыхания вредных газообразных веществ

143. Среди опухолей ротоглотки наиболее часто встречается

а) плоскоклеточный рак

б) железистый рак

в) саркомы различного генеза

г) меланома

д) злокачественные лимфомы

144. Зонами регионарного метастазирования при раке ротоглотки являются все перечисленные, кроме

а) заглоточных узлов

б) подчелюстных узлов

в) верхних и средних шейных узлов

г) надключичных узлов

д) подмышечных узлов

145. Частота регионарных метастазов при раке ротоглотки составляет

а) 10-15%

б) 20-30%

в) 40-50%

г) 60-80%

д) более 80%

146. Наиболее частой локализацией опухоли ротоглотки являются

а) небные миндалины

б) боковые стенки глотки

в) корень языка

г) задняя стенка глотки

д) мягкое небо

147. Наиболее достоверными методами диагностики рака ротоглотки являются все перечисленные, кроме

а) осмотра

б) пальпации

в) рентгенографии

г) отофарингоскопии

д) морфологического исследования

148. Выбор метода лечения рака ротоглотки зависит от всего перечисленного, кроме

а) локализации опухоли

б) морфологического строения опухоли

в) наличия лимфогенных метастазов

г) возраста и пола больного

149. Методами лечения первичной опухоли ротоглотки являются все перечисленные, кроме

а) хирургического

б) лучевого

в) комбинированного

г) комплексного

150. Методами лечения регионарных метастазов при раке ротоглотки являются

а) хирургический

б) лучевой

в) комбинированный

г) химиотерапевтический

д) правильно б) и в)

151. Противопоказаниями для лучевого лечения опухолей ротоглотки является все перечисленное, кроме

а) диссеминированного туберкулеза

б) сердечно-сосудистой недостаточности в фазе декомпенсации

в) наличия в анамнезе излеченного рака другой локализации

г) раковой кахексии

д) распада метастатических узлов

152. Величина суммарной очаговой дозы при раке ротоглотки определяется всем перечисленным, кроме

а) распространенности первичного процесса

б) распространенности регионарных метастазов

в) локализации опухоли

г) гистологического строения опухоли

д) клинической формы опухоли

153. Для излечения опухолей эпителиального происхождения при раке ротоглотки требуются следующие суммарно очаговые дозы (обычное фракционирование)

а) 30-40 Гр

б) 45-50 Гр

в) 55-60 Гр

г) 66-70 Гр

д) 75-80 Гр

154. Облучение зон регионарного метастазирования при раке ротоглотки показано

а) всем больным

б) больным с клинически сформированными метастазами

в) больным с дифференцированными формами опухоли

г) больным злокачественными лимфомами

д) больным с малодифференцированными опухолями

155. Операция на лимфопутях шеи при раке ротоглотки показана

а) всем больным

б) больным с клинически сформированными метастазами

в) в случаях неполного эффекта лучевой терапии

г) больным с дифференцированными формами опухоли

д) больным с малодифференцированными опухолями

156. Химиолучевое лечение при раке ротоглотки показано

а) больным с малодифференцированными опухолями

б) больным с 2-3 метастазами

в) больным с неходжкинскими лимфомами

г) всем перечисленным больным

157. Рецидивы опухоли ротоглотки после лучевой терапии подлежат всем перечисленным видам лечения, кроме

а) хирургического

б) лучевого

в) химиотерапевтического

г) комбинированного

д) химиолучевого

158. Чаще всего причинами гибели больных при раке ротоглотки являются

а) локальные рецидивы

б) регионарные рецидивы

в) отдаленные метастазы

г) лучевые осложнения

д) правильно а) и б)

159. Частота отдаленных метастазов при раке ротоглотки составляет

а) менее 10%

б) 10-14%

в) 15-20%

г) 25-30%

д) 35-50%

160. 5-летняя выживаемость при раке ротоглотки составляет

а) менее 30%

б) 35-40%

в) 42-50%

г) 52-60%

д) более 60%

161. Частота рака гортани среди злокачественных опухолей составляет

а) 0.1-1.0%

б) 1.5-5%

в) 6-10%

г) 12-15%

д) более 15%

162. Предрасполагающими факторами для развития рака гортани являются все перечисленные, кроме

а) курения

б) злоупотребления алкоголем

в) хронических воспалительных процессов

г) работы с токсическими веществами

д) особенностей питания

163. Заболеваемость раком гортани

а) снижается

б) растет

в) стабилизировалась

г) растет у мужчин, снижается у женщин

д) растет у женщин, снижается у мужчин

164. Среди гистологических форм рака гортани преобладает

а) плоскоклеточный рак

б) железистый рак

в) меланома

г) лимфогрануломатоз

д) неходжкинская лимфома

165. Частота регионарных метастазов при раке гортани зависит от всех перечисленных факторов, кроме

а) локализации опухоли

б) пола и возраста больного

в) гистологического строения опухоли

г) клинической формы опухоли

д) распространенности первичной опухоли

166. Частота регионарных метастазов при раке надскладочного отдела гортани составляет

а) 0.5-5%

б) 6-15%

в) 20-30%

г) 40-50%

д) больше 50%

167. Частота регионарных метастазов при раке среднего отдела гортани составляет

а) 0.5-5%

б) 6-15%

в) 20-30%

г) 35-40%

д) 45-50%

168. Частота регионарных метастазов при раке нижнего отдела гортани составляет

а) 0.5-5%

б) 6-15%

в) 20-30%

г) 35-45%

д) более 45%

169. Для диагностики рака гортани необходимо использовать все перечисленные методы для обследования, кроме

а) ларингоскопии

б) рентгеноскопии

в) рентгено- и томографии

г) фиброскопии

д) биопсии

170. Методами лечения рака гортани являются все перечисленные, кроме

а) хирургического

б) лучевого

в) комбинированного

г) комплексного

д) химиотерапевтического

171. Основными критериями выбора тактики лечения при раке гортани являются все перечисленные, кроме

а) стадии заболевания

б) локализации опухоли

в) пола пациента

г) характера роста опухоли

д) гистологического строения опухоли

172. При I стадии рака гортани методом выбора является

а) хирургический метод

б) лучевая терапия

в) комбинированный метод

г) химиотерапия

д) правильно а) и б)

173. При II стадии рака гортани не применяется

а) хирургический метод

б) лучевая терапия

в) комбинированный метод

г) химиотерапия

174. При III стадии рака гортани методом выбора является

а) хирургический метод

б) лучевая терапия

в) комбинированный метод

г) химиотерапия

д) комплексная терапия

175. Противопоказаниями для лучевой терапии при раке гортани является все перечисленное, кроме

а) стеноза гортани II-III степени

б) наличия второй опухоли

в) хондро-перихондрита хрящей гортани

г) глубокого изъязвления и некроза опухоли

д) диссеминации процесса

176. При лучевой терапии рака гортани используются все перечисленные виды облучения, кроме

а) внутритканевой лучевой терапии

б) дистанционной гамма-терапии

в) тормозного излучения высокой энергии

г) электронного излучения

д) нейтронного излучения

177. Показанием к предоперационной лучевой терапии при раке гортани является

а) рак гортани I стадии

б) рак гортани II-III стадии

в) рак надскладочного отдела

г) рак складочного отдела

д) рак подскладочного отдела

178. Показаниями для проведения послеоперационного облучения при раке гортани является все перечисленное, кроме

а) нерадикальности операции

б) наличия высокого риска возникновения регионарных метастазов

в) выполнения резекции гортани при II-III стадиях

г) выполнения хордэктомии при раке голосовых складок

д) молодого возраста больного

179. Оптимальным при раке гортани является следующий режим фракционирования

а) 1.2-1.5 Гр 5 раз в неделю

б) 1.8-2.0 Гр 5 раз в неделю

в) 2.5-3.0 Гр 5 раз в неделю

г) 4.0-5.0 Гр 3 раз в неделю

д) 10.0 Гр 1 раз в неделю

180. Для излечения рака гортани суммарно-очаговая доза составляет

а) 40 Гр

б) 50 Гр

в) 60 Гр

г) 65-75 Гр

д) свыше 75 Гр

181. Для лечения клинически сформированных метастазов применяются следующие методы

а) хирургический

б) лучевой

в) комбинированный

г) химиотерапевтический

д) правильно а), б) и в)

182. 5-летнее излечение после лучевой терапии при I стадии рака гортани составляет

а) 10-30%

б) 40-50%

в) 60-70%

г) 80-90%

д) 100%

183. 5-летнее излечение при II стадии рака гортани составляет

а) 10-30%

б) 40-50%

в) 60-65%

г) 75-85%

д) 90-95%

184. 5-летнее излечение после лучевой терапии при III стадии рака гортани составляет

а) 10-30%

б) 40-50%

в) 60-70%

г) 75-80%

д) больше 80%

185. При локальных рецидивах после лучевой терапии при раке гортани применяются следующие методы лечения

а) хирургический

б) комбинированный

в) лучевой

г) химиотерапевтический

д) правильно а) и б)

199. Пятилетняя выживаемость составляет

а) 30-35%

б) 40-45%

в) 50-60%

г) 70-80%

д) 85-95%

210. Частота злокачественных опухолей гортано-глотки в общей структуре онкологической заболеваемости составляет

а) 0.5-1.0%

б) 2-3%

в) 4-5%

г) 6-8%

д) 10%

211. Предрасполагающими факторами для развития злокачественных опухолей гортано-глотки являются все перечисленные, кроме

а) курения

б) злоупотребления алкоголем

в) работы с токсическими веществами

г) пола и возраста больных

д) все выше указанные

212. Среди гистологических форм злокачественных опухолей гортано-глотки преобладает

а) плоскоклеточный рак

б) железистый рак

в) анаплазированный рак

г) саркомы различного генеза

д) меланома

213. Зонами регионарного метастазирования при раке гортано-глотки являются все перечисленные, кроме

а) подчелюстных лимфатических узлов

б) верхних шейных лимфатических узлов

в) средних шейных лимфатических узлов

г) надключичных лимфатических узлов

д) подключично-подмышечных лимфатических узлов

214. Частота регионарного метастазирования при раке гортано-глотки определяется всеми перечисленными факторами, кроме

а) локализации опухоли

б) клинической формы опухоли

в) гистологического строения опухоли

г) степени дифференцировки опухоли

д) возраста и пола больного

215. Частота метастазов при раке гортано-глотки в регионарные лимфатические узлы составляет

а) 5-10%

б) 15-25%

в) 30-40%

г) 45-50%

д) 55-70%

216. Для диагностики первичной опухоли гортано-глотки наиболее достоверными являются все перечисленные методы диагностики, кроме

а) пальпации

б) рентгенографии и томографии

в) ларингофарингоскопии

г) фиброскопии

д) биопсии

217. Методами лечения рака гортано-глотки являются

а) хирургический

б) лучевой

в) комбинированный

г) химиотерапевтический

д) правильно б) и в)

218. Показаниями для радикальной программы лучевой терапии при раке гортано-глотки являются

а) отказ больного от операции

б) наличие противопоказаний для оперативного вмешательства

в) наличие множественных метастазов в лимфатические узлы

г) прорастание в гортань

д) правильно а) и б)

219. При проведении лучевой терапии при раке гортано-глотки обычными фракциями по радикальной программе суммарно-очаговая доза составляет

а) 45-50 Гр

б) 55-60 Гр

в) 60-65 Гр

г) 70-75 Гр

д) более 75 Гр

220. При лучевой терапии рака гортано-глотки может быть использовано

а) непрерывно РОД 2 Гр 5 раз в неделю

б) расщепленный курс

в) мультифракционирование

г) динамическое фракционирование

д) все вышеперечисленное

221. 5-летняя выживаемость при лучевом лечении рака гортано-глотки составляет

а) 5%

б) 6-10%

в) 11-15%

г) 16-20%

д) 21-25%

222. При проведении предоперационной лучевой терапии в случае рака гортано-глотки суммарная очаговая доза составляет

а) 30-35 Гр

б) 36-40 Гр

в) 40-50 Гр

г) 50-60 Гр

д) более 60 Гр

223. 5-летняя выживаемость после комбинированного лечения рака гортано-глотки составляет

а) 5-10%

б) 15-20%

в) 25-30%

г) 35-40%

д) 50%

224. Частота злокачественных опухолей полости носа и придаточных пазух в структуре онкологической заболеваемости составляет

а) 0.5-1.0%

б) 1.5-2.5%

в) 3-4%

г) 5-6%

д) 7-10%

225. Чаще всего в полоти носа и придаточных пазухах встречается

а) плоскоклеточный рак

б) железистый рак

в) цилиндрома

г) саркома различного генеза

д) злокачественные лимфомы

226. Основными методами диагностики опухолей полости носа и придаточных пазух являются все перечисленные, кроме

а) риноскопии

б) рентгенологического исследования

в) цитологического исследования

г) биопсии

227. Методами лечения рака полости носа и придаточных пазух при I-II ст. поражения являются все перечисленные, кроме

а) хирургического

б) электрохирургического

в) операции + облучения

г) облучения + операции

228. Методами лечения рака полости носа и придаточных пазух III ст. поражения являются

а) хирургический

б) электрохирургический

в) комбинированный

г) лучевой

д) правильно в) и г)

229. При предоперационном облучении рака полости носа и придаточных пазух обычными фракциями суммарная очаговая доза составляет

а) 25-30 Гр

б) 31-35 Гр

в) 40-45 Гр

г) 46-50 Гр

д) более 50 Гр

230. При предоперационном облучении в случае рака полости носа и придаточных пазух суммарная очаговая доза составляет

а) 35-40 Гр

б) 41-45 Гр

в) 46-50 Гр

г) 51-55 Гр

д) 60-65 Гр

231. 5-летняя выживаемость после лучевого лечения рака полости носа и придаточных пазух составляет

а) 5-7%

б) 8-10%

в) 11-15%

г) 16-20%

д) более 20%

232. 5-летняя выживаемость после комбинированного лечения рака полости носа и придаточных пазух составляет

а) 5-10%

б) 11-15%

в) 16-20%

г) 21-25%

д) 26-35%

233. Частота опухолей нижней челюсти среди других злокачественных новообразований составляет

а) 0.1-0.3%

б) 0.3-0.5%

в) 0.5-1.0%

г) 1.0-2.0%

д) статистики нет

234. К доброкачественным опухолям нижней челюсти относятся все перечисленные, кроме

а) остеобластокластомы

б) эпулиса

в) адамантиномы

г) фибролипомы

д) одонтомы

235. Гистологическими формами злокачественных опухолей нижней челюсти является все перечисленное, кроме

а) плоскоклеточного рака

б) переходноклеточного рака

в) остеогенной саркомы

г) злокачественной остеобластокластомы

236. При операбельном раке нижней челюсти показаны все перечисленные методы, кроме

а) хирургического

б) электрохирургического

в) облучения + операции

г) операции + облучения

д) облучения + операции + внутриполостного облучения

237. При предоперационном облучении опухоли нижней челюсти методом обычного фракционирования к опухоли подводится следующая суммарная очаговая доза

а) 30-35 Гр

б) 35-40 Гр

в) 40-45 Гр

г) 45-50 Гр

д) 50-60 Гр

238. Величина интервала между окончанием предоперационного облучения и операцией при раке нижней челюсти должна составлять

а) 2 недели

б) 3-4 недели

в) 1 месяц

г) 2 месяца

239. При послеоперационном облучении рака нижней челюсти суммарные очаговые дозы должны составлять

а) 35-40 Гр

б) 40-45 Гр

в) 45-50 Гр

г) 50-55 Гр

д) 55-60 Гр

240. 5-летняя выживаемость больных раком нижней челюсти составляет

а) 20%

б) 30%

в) 40%

г) 50%

д) статистики нет

241. Злокачественные опухоли слюнных желез среди других злокачественных новообразований составляют

а) 0.5-1.0%

б) 1.1-1.4%

в) 1.5-1.9%

г) 2.0-2.4%

д) 2.5-3.0%

242. К злокачественным опухолям слюнных желез относятся все перечисленные, кроме

а) плоскоклеточного рака

б) железистого рака

в) цилиндромы

г) смешанной опухоли

д) цистокарциномы

243. При смешанных опухолях слюнных желез целесообразны все перечисленные методы лечения, кроме

а) энуклеации опухоли

б) резекции слюнной железы

в) облучения + операция

г) операция + облучение

д) радиохирургического вмешательства

244. Рецидивы смешанных опухолей после хирургического лечения составляют

а) 5-10%

б) 10-25%

в) 30-40%

г) 50-60%

д) более 60%

245. Причинами возникновения местных рецидивов после операции при смешанных опухолях являются все перечисленные, исключая

а) неадекватность операции

б) неполноценность капсулы

в) мультицентричный рост

г) инвазию опухолью лимфатических капилляров

246. При злокачественных опухолях слюнных желез поражаются все перечисленные группы узлов, кроме

а) внутриорганных лимфатических узлов

б) глубоких шейных лимфатических узлов в области бифуркации общей сонной артерии

в) подчелюстных лимфатических узлов

г) подбородочных лимфатических узлов

д) надключичных лимфатических узлов

247. Ведущими при лечении злокачественных опухолей слюнных желез являются все перечисленные методы, кроме

а) хирургического

б) комбинированного

в) лучевого

г) радиохирургического

д) комплексного

248. При метастазах злокачественных опухолей слюнных желез в лимфатические узлы шеи применяются

а) хирургический метод

б) комбинированный

в) лучевой

г) химиолучевой

д) правильно а) и б)

249. Частота злокачественных опухолей щитовидной железы в общей структуре онкологической заболеваемости составляет

а) 0.25-0.5%

б) 0.6-1.0%

в) 1.1-1.5%

г) 1.6-2.0%

д) 2.1-3.0%

250. Наиболее часто встречаются следующие гистологические формы рака щитовидной железы

а) папиллярный рак

б) фолликулярный рак

в) недифференцированный рак

г) солидный рак

д) правильно а) и б)

251. Наиболее часто метастазы при раке щитовидной железы обнаруживаются во всех перечисленных органах и системах, кроме

а) шейных лимфатических узлов

б) паратрахеальных и лимфатических узлов средостения

в) подмышечных лимфатических узлов

г) легких

д) костной системе

252. При раке щитовидной железы обязательными являются все перечисленные методы диагностики, кроме

а) клинических

б) рентгенологических методов исследования органов шеи и грудной клетки

в) пневмотомотиреодографии

г) сканирования щитовидной железы и всего тела

д) цитологического исследования

253. При I стадии рака щитовидной железы применяются

а) дистанционная лучевая терапия

б) радикальное хирургическое лечение

в) комбинированный метод операция + лучевая терапия

г) радиоактивный йод

д) облучение + операция

254. При IIA стадии рака щитовидной железы применяются

а) лучевая терапия

б) радикальное хирургическое лечение

в) предоперационная дистанционная лучевая терапия с последующей радикальной операцией

г) радиоактивный йод

д) операция + облучение

255. При IIБ стадии рака щитовидной железы применяются

а) только радикальное хирургическое лечение

б) только дистанционная лучевая терапия

в) предоперационная дистанционная лучевая терапия + радикальная операция

г) операция + облучение

д) правильно а), в) и г)

256. При III стадии рака щитовидной железы применяются

а) только дистанционная лучевая терапия

б) радикальная операция

в) предоперационная лучевая терапия + радикальная операция

г) операция + облучение

д) правильно в) и г)

257. У больных с множественными метастазами папиллярного и фоликулярного рака щитовидной железы в легкие показаны

а) дистанционная лучевая терапия

б) химиотерапия

в) гормонотерапия

г) хирургический метод лечения

д) радиоактивный йод

258. Суммарные поглощенные дозы при предоперационной лучевой терапии рака щитовидной железы методом обычного фракционирования составляют

а) 10 Гр

б) 30 Гр

в) 50 Гр

г) 40 Гр

д) 35 Гр

259. Объем облучения при предоперационной дистанционной лучевой терапии рака щитовидной железы включает

а) только первичную опухоль

б) первичную опухоль и пути регионарного метастазирования

в) только пути регионарного метастазирования

г) опухоль и ближайшие зоны регионарного метастазирования

д) правильно а), в) и г)

260. 5-летняя выживаемость при раке щитовидной железы в среднем составляет

а) 20-25%

б) 30-35%

в) 40-45%

г) 50-55%

д) 60-65%

261. Опухоли глаза и орбиты среди злокачественных новообразований составляют

а) 1%

б) 2%

в) 3%

г) 6-8%

д) 9-10%

262. Поражаются злокачественными опухолями все перечисленные образования глаза, кроме

а) век

б) конъюнктивы

в) сосудистого тракта и сетчатой оболочки

г) орбиты

д) хрусталика

263. Облигатными предопухолевыми заболеваниями глаза являются все перечисленные, кроме

а) кожного рога

б) старческого кератоза

в) пигментной ксеродермы

г) меланоза Дюбрея

д) халазиона

264. К злокачественным опухолям век относятся все перечисленные, кроме

а) базалиомы

б) плоскоклеточного рака

в) аденокарциномы мейбомиевых желез

г) меланобластомы

д) мукоэпидермоидной опухоли

265. При локализованных опухолях век применяются все перечисленные методы, кроме

а) оперативного вмешательства

б) лучевой терапии

в) комбинированного метода

г) химиотерапии

266. При злокачественных опухолях век III стадии применяется все перечисленное, кроме

а) близкодистанционной рентгенотерапии

б) внутритканевой гамма-терапии

в) дистанционной гамма-терапии

г) предоперационной гамма-терапии

д) послеоперационной гамма-терапии

267. К злокачественным опухолям конъюнктивы относятся

а) плоскоклеточный рак

б) болезнь Бовена

в) меланоз Дюбрея

г) меланобластома

д) правильно а) и г)

268. Наиболее распространенной классификацией опухолевого процесса при раке конъюнктивы является

а) международная классификация (TNM)

б) отечественная

в) классификация не разработана

г) специальная классификация, принятая у окулистов

д) в каждой стране своя классификация

269. При злокачественных опухолях конъюнктивы применяются все перечисленные методы лечения, кроме

а) хирургического

б) лучевого

в) комбинированного

г) химиотерапевтического

д) лазера

270. При злокачественных опухолях конъюнктивы применяется все перечисленное, кроме

а) аппликационной лучевой терапии

б) внутритканевой лучевой терапии

в) дистанционной гамма-терапии

г) предоперационного лучевого воздействия

271. К внутриглазным злокачественным опухолям относятся

а) плоскоклеточный рак

б) базальноклеточный рак

в) ретинобластома

г) меланобластома

д) правильно в) и г)

272. Прогностически наиболее благоприятна

а) веретеноклеточная меланобластома

б) эпителиоидноклеточная меланобластома

в) смешанная форма

г) альвеолярная форма

д) светлоклеточная меланобластома

273. Чаще всего поражается меланобластомой

а) сосудистая оболочка

б) цилиарное тело

в) радужная оболочка

г) конъюнктива

д) зрительный нерв

274. При внутриглазных опухолях наиболее часто используется

а) международная классификация по системе TNM

б) отечественная классификация

в) классификация не разработана

г) специальная, принятая у окулистов

д) в каждой стране своя классификация

275. При I-II стадиях меланобластомы глаза основным методом лечения является

а) хирургический

б) комбинированный

в) лучевой

г) химиотерапевтический

д) химиолучевой

276. При III-IV стадиях меланобластомы глаза основным методом лечения является

а) хирургический

б) комбинированный

в) лучевой

г) химиотерапевтический

д) химиолучевой

277. При лечении меланобластомы глаза применяются все следующие методы послеоперационного облучения, кроме

а) гамма-терапии

б) электронной терапии

в) внутритканевой бета-терапии

г) близкодистанционной рентгенотерапии

д) при II стадии

278. Основными методами лечения при II стадии ретинобластомы являются

а) хирургический

б) комбинированный

в) лучевой

г) комплексный

д) правильно а) и б)

279. Основными методами лечения при III стадии ретинобластомы являются

а) хирургический

б) комбинированный

в) лучевой

г) комплексный

д) химиолучевой

280. К злокачественным опухолям орбиты относятся все перечисленные, кроме

а) плоскоклеточного рака

б) цилиндромы

в) смешанной опухоли

г) круглоклеточной саркомы

д) полиморфноклеточной саркомы

281. При саркомах орбиты наиболее приемлемы

а) хирургический метод

б) комбинированный

в) лучевой

г) комплексный

д) химиолучевой

**7. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

001. Частота рака легкого в структуре онкологических заболеваний в РФ составляет

а) 1-5 на 100 000 населения

б) 10 на 100 000 населения

в) 15 на 100 000 населения

г) 20 на 100 000 населения

д) более 30 на 100 000 населения

002. Самая высокая заболеваемость легкого отмечается в регионах СНГ

а) Узбекистан

б) Молдовия

в) Эстония

г) Украина

д) Российская Федерация

003. В структуре заболеваемости онкологических больных рак легкого у мужчин занимает

а) первое место

б) второе место

в) третье место

г) четвертое место

д) пятое место

004. Смертность при раке легкого

а) снижается

б) стабилизировалась

в) возрастает

г) возрастает у мужчин

д) возрастает у городского населения

005. Предрасполагающими факторами для развития рака легкого являются все перечисленные, кроме

а) курения

б) загрязнения атмосферы

в) повышения радиоактивного фона

г) вдыхание вредных химических веществ

д) нерационального питания

006. Предраковыми состояниями при раке легкого являются

а) хронические бронхиты

б) рецидивирующие пневмонии

в) инфарктная пневмония

г) крупозная пневмония

д) правильно а) и б)

007. Для лечения предраковых состояний применяется все перечисленное, кроме

а) отказа от курения

д) антибактериальной терапии

в) гормонотерапии

г) физиотерапии

д) диагностической фибробронхоскопии с антибактериальной терапией

008. Возможны все перечисленные гистологические формы опухолей легких, кроме

а) плоскоклеточного рака

б) аденокарциномы

в) недифференцированного рака

г) злокачественного карциноида бронха

д) лимфогрануломатоза

009. Для определения первичной опухоли легкого используются все перечисленные методы, кроме

а) осмотра и пальпации

б) рентгенографии органов грудной клетки

в) томографии на уровне бифуркации трахеи

г) трахеобронхоскопии

д) медиастиноскопии

010. Регионарными при раке легкого являются все перечисленные группы лимфатических узлов, кроме

а) бронхопульмональных на стороне поражения

б) паратрахеальных

в) трахео-бронхиальных

г) бифуркационных

д) забрюшинных

011. Для определения регионарного метастазирования при раке легкого применяются все перечисленные методы диагностики, кроме

а) осмотра грудной клетки

б) пальпации периферических лимфатических узлов

в) рентгенографии органов грудной клетки с контрастированием пищевода

г) томографии на уровне бифуркации трахеи и компьютерной томографии

д) медиастиноскопии

012. Для определения отдаленного метастазирования при раке легкого применяется все перечисленное, кроме

а) осмотра грудной клетки

б) пальпации периферических лимфатических узлов

в) трахеобронхоскопии

г) рентгенографии органов грудной клетки

д) сканирования костного скелета с 99Tc

013. Для определения отдаленного метастазирования при раке легкого применяется все перечисленное, кроме

а) сканирования печени

б) визуализации головного мозга 99Tc

в) рентгенографии костной системы

г) цитологического исследования плевральной жидкости

д) пробной торакотомии

014. Проведение лучевой терапии рака легкого возможно при

а) явных клинических признаках рака

б) наличии рентгенологических признаков рака

в) наличии увеличенных лимфатических узлов в средостении

г) обнаружении атипических клеток в мокроте

д) гистологическом или цитологическом подтверждении диагноза рака

015. При центральном раке легкого стадия заболевания соответствует перечисленным во всех случаях, кроме

а) T1N0M0 - I ст.

б) T1N1M0 - II ст.

в) T2N0M0 - III ст.

г) T2N2M0 - III ст.

д) T3N1M1 - IV ст.

016. Показаниями к проведению радикальной лучевой терапии у больных раком легкого являются

а) метастазы в лимфатических узлах корня легкого на стороне поражения

б) метастазы во внутригрудных лимфатических узлах

в) метастазы в лимфатических узлах противоположного корня легкого

г) метастазы в шейно-надключичных лимфатических узлах

д) правильно а) и б)

017. При центральном или периферическом плоскоклеточном раке легкого при I-II стадиях заболевания применяются все перечисленные методы, кроме

а) хирургического

б) комбинированного

в) лучевого

г) химиотерапевтического

018. При центральном или периферическом плоскоклеточном раке легкого при III стадии заболевания применяются все перечисленные методы, кроме

а) хирургического

б) комбинированного

в) лучевого

г) химиотерапии

д) химиолучевого

019. При центральном или периферическом плоскоклеточном раке легкого при IV стадии заболевания применяются все перечисленные методы, кроме

а) хирургического

б) комбинированного

в) лучевого

г) химиотерапии

д) химиолучевого

020. При центральном мелкоклеточном раке легкого при I и II стадиях заболевания применяются все перечисленные методы, кроме

а) хирургического

б) комбинированного

в) химиотерапевтического

г) химиолучевого

д) лучевого

021. При центральном мелкоклеточном раке легкого при III стадии заболевания применяются все перечисленные методы, кроме

а) хирургического

б) комбинированного

в) лучевого

г) химиотерапевтического

д) химиолучевого

022. При мелкоклеточном центральном или периферическом раке легкого IV стадии заболевания применяются все перечисленные методы, кроме

а) хирургического метода

б) комбинированного

в) химиотерапевтического

г) химиолучевого

д) правильно а) и г)

023. Предоперационная лучевая терапия при раке легкого проводится при

а) I стадии

б) II стадии

в) III стадии

г) IV стадии

д) правильно б) и в)

024. Предоперационная лучевая терапия обычными фракциями при раке легкого проводится в случае

а) метастазов в лимфатических узлах корня легкого на стороне поражения

б) метастазов во внутригрудных лимфатических узлах

в) метастазов в надключичных лимфатических узлах

г) плеврита

д) метастазов в печень

025. Предоперационная лучевая терапия при раке легкого средними фракциями (4 Гр 5 раз) проводится в случае

а) распада в опухоли

б) метастазов в корне легкого

в) метастазов во внутригрудных лимфатических узлах

г) недифференцированных раков (T1-2)

д) отсутствия регионарного метастазирования

026. Послеоперационная лучевая терапия при раке легкого проводится во всех перечисленных случаях, кроме

а) наличия метастазов в лимфатических узлах корня

б) наличия метастазов во внутригрудных лимфатических узлах

в) разреза по опухоли во время операции

г) после пробной торакотомии

д) обнаружения плеврита во время операции

027. Предлучевая подготовка при планировании лучевой терапии в случае рака легкого включает все перечисленное, кроме

а) определения местного распространения опухоли по бронхитам и зонам регионарного метастазирования

б) фибробронхоскопии с биопсией или пункцией опухоли

в) ультразвукового исследования брюшной полости

г) радионуклидного исследования печени и костного скелета

д) диагностической лапаротомии

028. Рентгенотопометрия при раке легкого включает все перечисленное, кроме

а) выноса очага на переднюю и заднюю поверхности грудной клетки и выполнения разметочных рентгенограмм в двух проекциях

б) снятия среза на уровне центра опухоли

в) составления топометрической карты по разметочным рентгенограммам

г) формирования полей облучения в зависимости от гистологического строения опухоли

д) составления дозиметрического плана лечения

029. Радикальная лучевая терапия при раке легкого проводится при метастазах

а) в лимфатических узлах корня легкого на стороне поражения

б) во внутригрудных лимфатических узлах

в) в надключичных лимфатических узлах

г) в подмышечных лимфатических узлах

д) правильно а) и б)

030. Расщепленный курс лучевой терапии при раке легкого проводится при

а) плоскоклеточном раке

б) мелкоклеточном раке

в) овсяноклеточном раке

г) аденокарциноме

д) правильно а) и г)

031. Величина разовых очаговых доз при раке легкого составляет

а) 1.2 Гр

б) 1.8 Гр

в) 4.0 Гр

г) 6.0 Гр

д) 8.0 Гр

032. Величина СОД суммарной очаговой дозы на опухоль составляет

а) 15-35 Гр

б) 40-50 Гр

в) 55-60 Гр

г) 65-70 Гр

д) 75-80 Гр

033. Величина суммарной очаговой дозы СОД на зоны субклинического метастазирования составляет

а) 20-25 Гр

б) 30-35 Гр

в) 45 Гр

г) 50 Гр

д) 60 Гр

034. Паллиативная лучевая терапия проводится во всех перечисленных случаях, кроме

а) наличия отдаленных лимфогенных метастазов

б) обнаружения метастазов в другое легкое

в) выхода опухоли за пределы легкого (перикард)

г) обнаружение костных метастазов (боли)

д) асцита

035. Для профилактики лучевых реакций и осложнений при раке легкого необходимо выполнять все перечисленное, кроме

а) учета поправки на гетерогенность

б) лечения на первом этапе фигурными полями

в) равномерного облучения грудной клетки

г) применения крупных фракций

д) лечения прямоугольными полями

036. Для лечения легочных лучевых реакция при раке легкого применяются все перечисленные препараты, кроме

а) антибиотиков (в зависимости от чувствительности микрофлоры к препарату)

б) преднизолона

в) сердечно-сосудистых средств

г) небольших доз бутадиона

д) химиотерапевтических препаратов

037. 5-летняя выживаемость при I-III стадиях плоскоклеточного рака легкого составляет

а) 5-9%

б) 10-15%

в) 16-20%

г) 21-30%

д) 35-40%

038. 5-летняя выживаемость при недифференцированных раках легкого составляет

а) 3-5%

б) 6-8%

в) 9-10%

г) 11-15%

д) больше 15%

060. В пищеводе чаще всего встречается

а) плоскоклеточный рак

б) аденокарцинома

в) недифференцированный рак

г) карциноид

д) саркомы различного генеза

061. Для рака верхней трети пищевода регионарными являются все перечисленные группы лимфатических узлов, кроме

а) шейно-надключичных

б) параэзофагальных

в) паратрахеальных

г) бифуркационных

д) паракардиальных

062. Для рака средней трети пищевода регионарными являются все перечисленные группы лимфатических узлов, кроме

а) шейно-надключичных

б) параэзофагальных

в) паратрахеальных

г) бифуркационных

д) паракардиальных

063. Для рака нижней трети пищевода регионарными являются все перечисленные группы лимфатических узлов, кроме

а) шейно-надключичных

б) параэзофагальных

в) бифуркационных

г) паракардиальных

д) узлов области малого сальника

064. К ранним клиническим симптомам рака пищевода относятся все перечисленные, кроме

а) неприятных ощущений при глотании

б) болей при глотании твердой пищи

в) затруднений при глотании твердой пищи

г) потери веса

д) появления прожилок крови в мокроте

065. Методами диагностики первичной опухоли пищевода, а также регионарных и отдаленных метастазов являются все перечисленные методы, кроме

а) рентгенологического исследования пищевода

б) фиброэзофагоскопии

в) диагностической лапаротомии

г) УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства

д) фиброколоноскопии

066. Сопоставьте правильность приведенной классификации по стадиям и системе TNM

а) T1P2NxM0 - I стадия

б) T2P4NxM0 - II стадия

в) T2P3NxM0 - III стадия

г) T4P4NxM0 - IV стадия

д) правильно а) и в)

067. При раке средне-грудного отдела применяются все следующие методы лечения, кроме

а) хирургического

б) комбинированного

в) лучевого

г) химиотерапевтического

068. При III-IV стадии рака пищевода применяются методы лечения

а) хирургический

б) комбинированный

в) лучевой

г) химиотерапевтический

д) правильно б) и в)

070. При раке пищевода величина разовых очаговых доз при обычном фракционировании должна составлять

а) 1.2 Гр

б) 1.8-2.0 Гр

в) 2.5-3.0 Гр

г) 3.5 Гр

д) 4.0 Гр

071. Величина суммарной очаговой дозы при предоперационном облучении обычными фракциями должна составлять

а) 10-15 Гр

б) 20-25 Гр

в) 30-35 Гр

г) 40-45 Гр

д) 50-60 Гр

072. Радикальная программа лучевой терапии при раке пищевода проводится при поражении

а) верхней трети пищевода

б) средней трети

в) нижней трети

г) нижней трети пищевода с переходом на желудок

д) поражении половины и более пищевода

073. Расщепленный курс лучевой терапии показан в случае рака пищевода

а) при экзофитной форме роста опухоли

б) при эндофитной форме роста опухоли

в) при отсутствии динамики после подведения к опухоли 45 Гр

г) при выраженной положительной динамике после подведения 45 Гр

д) сочетание б) и в)

074. Методами лечения при раке верхней трети пищевода являются

а) хирургический

б) комбинированный

в) лучевой

г) химиотерапевтический

д) сочетание б) и в)

075. При лучевом лечении рака верхней трети пищевода применяются все перечисленные методы, кроме

а) дальнедистанционной ортовольтной терапии

б) дистанционной гамма-терапии

в) тормозного рентгеновского излучения высоких энергий

г) электронной терапии

076. Облучение при дистанционной гамма-терапии рака верхней трети пищевода проводится по следующей методике

а) однопольное

б) двухпольное под углами

в) трехпольное

г) подвижное

д) двухпольное под углом с клиновидными фильтрами

077. При лечении рака средней трети пищевода применяются все перечисленные методы, кроме

а) хирургического

б) комбинированного

в) лучевой терапии

г) химиотерапевтического лечения

078. При облучении рака средней трети пищевода применяются все перечисленные методы лучевой терапии, кроме

а) статической дистанционной гамма-терапии

б) тормозного излучения высоких энергий

в) электронной терапии

г) подвижной гамма-терапии

д) облучение по оптимальным, рассчитанным на ЭВМ программам

079. При дистанционной гамма-терапии по радикальной программе облучение проводится

а) с одного поля

б) с двух полей под углами с клиновидными фильтрами

в) с трех полей

г) подвижным методом

д) сочетание в) и г)

080. Методами лечения рака нижней трети пищевода являются все перечисленные, исключая

а) хирургический

б) комбинированный

в) лучевой

г) химиотерапевтический

081. Методами лучевой терапии рака пищевода являются

а) дистанционная гамма-терапия

б) тормозное излучение высоких энергий

в) электронная терапия

г) ортовольтная дистанционная рентгенотерапия

д) сочетание а) и б)

082. Методиками дистанционного облучения рака нижней трети пищевода по паллиативной программе являются

а) облучение с одного поля

б) облучение с двух противолежащих полей

в) облучение с трех полей

г) облучение с четырех полей

д) подвижное облучение

083. Противопоказаниями для лучевой терапии рака пищевода является все перечисленное, кроме

а) наличия пищеводно-медиастинального свища

б) наличия метастазов в забрюшинных лимфатических узлах

в) метастазов в печень

г) кахексии

д) пожилого возраста больных

084. Для профилактики лучевых эзофагитов необходимо учитывать все перечисленное, кроме

а) при расчете очаговой дозы учитывать поправку на гетерогенность

б) подводить разовые очаговые дозы 1.8-2.0 Гр

в) не применять крупные фракции

г) запретить прием острой пищи во время лечения

д) рекомендации обильного питья воды

085. Для лечения острых лучевых эзофагитов применяется все перечисленное, кроме

а) лечения антибиотиками

б) приема облепихового и других масел

в) полного запрещения курения, приема острой и соленой пищи

г) перерыва в лучевом лечении до стизания острых явлений

д) проведения сердечно-сосудистой терапии

086. Факторами прогноза при раке пищевода являются все перечисленные, кроме

а) длительности анамнеза

б) протяженности опухоли по длиннику пищевода

в) формы роста опухоли

г) наличия мягкотканного компонента

д) конституции больного

087. Для лечения локальных регионарных рецидивов рака пищевода применяется все перечисленное, кроме

а) локального статического облучения

б) подвижного облучения

в) автоматизированного, по оптимальным, рассчитанным на ЭВМ, программам

г) облучения через решетчатую диафрагму

д) химиотерапевтического лечения

088. 5-летняя выживаемость после лучевого лечения рака пищевода составляет

а) 1-4%

б) 5-10%

в) 11-14%

г) 15-19%

д) 20-25%

089. 5-летняя выживаемость после комбинированного лечения рака пищевода составляет

а) 1-4%

б) 5-10%

в) 11-14%

г) 16-20%

д) 21-30%

103. В структуре онкологической заболеваемости женщин рак молочной железы занимает

а) I место

б) II место

в) III место

г) IV место

д) V место

104. Чаще всего в бывшем СССР рак молочной железы встречается

а) в республиках Прибалтики

б) в республиках Средней Азии

в) в Российской Федерации

г) на Украине

д) в республиках Закавказья

105. Предрасполагающими факторами для развития рака молочной железы являются все перечисленные, кроме

а) частых абортов

б) позднего начала половой жизни

в) бесплодие

г) уменьшение продолжительности лактации

д) применения противозачаточных средств

106. Предопухолевыми заболеваниями молочной железы являются все перечисленные, кроме

а) диффузной формы фиброзно-кистозной мастопатии

б) пролиферативной формы фиброзно-кистозной мастопатии

в) внутрипротокового папилломатоза

г) фиброаденоматоза

д) кист молочной железы

107. Наиболее благоприятным в прогностическом отношении является

а) рак Педжета

б) узловатый рак

в) инфильтративный рак

г) инфильтративно-отечный рак

д) инфламматорный рак

108. Прогноз больных раком молочной железы определяется всеми перечисленными факторами, кроме

а) возраста

б) клинической формы

в) гистологической структуры и степени дифференцировки опухоли

г) размера молочной железы

д) наличия патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно- кишечного тракта

109. Прогноз при раке молочной железы зависит от всех перечисленных ниже факторов, кроме

а) размера опухоли и ее локализации

б) наличия метастазов в регионарных лимфатических узлах

в) наследственности

г) продолжительности аналимнеза

д) адекватного или пассивного образа жизни больной

110. Для определения наличия опухоли молочной железы применяются все перечисленные методы диагностики, кроме

а) осмотра

б) пальпации

в) перкуссии

г) УЗИ

д) маммографии

111. С целью определения характера опухоли молочной железы применяются также все перечисленные методы исследования, кроме

а) термографии

б) радионуклидной диагностики

в) цитологического исследования

г) трепан-биопсии

д) открытой биопсии

112. Для распознавания метастазов в подмышечных лимфатических узлах при раке молочной железы применяются все перечисленные методы диагностики, кроме

а) пальпации

б) пневмоаксиллографии

в) лимфо-сцинтиграфии

г) термографии

д) цитологического исследования

113. Для распознавания метастазов в парастернальных лимфатических узлах при раке молочной железы применяются все перечисленные методы, кроме

а) чрезгрудинной флебографии

б) сцинтиграфии

в) компьютерной томографии

г) биопсии во время операции

д) рентгенографии

114. Операбельные раки молочной железы - это совокупность всего перечисленного, кроме

а) опухоли до 7 см при средней и большой молочной железе

б) отсутствия или единичном метастаза в подмышечной области

в) отсутствия поражения парастернальной лимфатической цепочки

г) отсутствия отека кожи молочной железы

д) наличия множественных увеличенных лимфатических узлов подмышечной области

115. Условно операбельные раки молочной железы - это совокупность всего перечисленного, кроме

а) наличия опухоли более 7 см

б) наличия множественных метастазов в подмышечной области

в) наличия метастазов в надключичной зоне

г) наличия конгломерата узлов в подмышечной области

д) наличия метастазов в парастернальной лимфатической цепочке

116. Неоперабельные раки - это совокупность всего перечисленного, кроме

а) прорастания опухолью грудной стенки

б) инфильтративно-отечных форм

в) изъязвленных раков молочной железы

г) наличия отека руки на стороне поражения

д) наличия метастазов в надключичной зоне

117. При лечении рака молочной железы применяются все перечисленные методы, кроме

а) тормозного рентгеновского низкой энергии

б) тормозного рентгеновского высокой энергии

в) электронного

г) гамма-излучения

118. При предоперационной лучевой терапии методом обычного фракционирования к молочной железе подводится суммарная очаговая доза, равная

а) 20 Гр

б) 30 Гр

в) 40-45 Гр

г) 60 Гр

д) 70 Гр

119. При предоперационной лучевой терапии методом обычного фракционирования к зонам регионарного метастазирования подводится суммарная очаговая доза, равная

а) 30 Гр

б) 35-45 Гр

в) 50 Гр

г) 60 Гр

120. При радикальном лучевом лечении рака молочной железы (дистанционное облучение) к молочной железе и зонам регионарного метастазирования суммарная очаговая доза не должна составлять

а) 45 Гр

б) 50 Гр

в) 60 Гр

г) 70 Гр

121. Предоперационное облучение методом обычного фракционирования показано при всех перечисленных стадиях, кроме

а) IIА ст.

б) IIБ ст.

в) IIIА ст.

г) IIIБ ст.

д) IV ст.

122. Предоперационное облучение крупными фракциями показано при всех перечисленных стадиях, кроме

а) I ст.

б) IIА ст.

в) IIБ ст.

г) IIIА ст.

д) IIIБ ст. (в операбельных случаях)

123. Величина интервала между окончанием облучения молочной железы и подмышечной зоны обычными фракциями не должна превышать

а) 1 недели

б) 2-3 недели

в) 4-5 недель

г) 6 недель

д) 7 недель

124. Величина интервала между окончанием облучения молочной железы крупными фракциями не должна превышать

а) 1 дня

б) 3 дней

в) 7 дней

г) 8-14 дней

д) 15 и более дней

125. Показаниями для облучения послеоперационного рубца при раке молочной железы является все перечисленное, кроме

а) начала лечения с операции, независимо от размера опухоли

б) начала операции при опухоли, больше 5 см

в) обнаружения мультицентричного роста

г) обнаружения недифференцированного рака

д) нарушения правил абластики во время секторальной резекции

126. Показаниями для облучения зон лимфооттока после операции при раке молочной железы является все перечисленное, кроме

а) необходимости облучения рубца

б) наличия метастазов в подмышечных лимфатических узлах

в) медиально-центральной локализации опухоли

г) наружной локализации опухоли без метастазов в лимфатические узлы

д) обнаружения недифференцированного рака

127. Показаниями для облучения парастернальной зоны при раке молочной железы являются

а) облучение показано во всех случаях

б) медиально-центральная локализация опухоли

в) наличие метастазов в подмышечной области

г) мультицентричный рост

д) сочетание б), в) и г)

128. Лучшие результаты лечения у больных I стадией рака молочной железы достигаются при

а) хирургическом лечении

б) комбинированном лечении

в) комплексном лечении

г) лучевом лечении

д) сочетании а) и б)

129. При III стадии рака молочной железы лучшие результаты лечения достигаются при следующих методах

а) облучение + операция

б) облучение + операция + химиотерапия

в) химиолучевое лечение + операция + химиотерапия

г) сочетание а) и б)

д) сочетание б) и в)

130. Оптимальными при инфильтративно-отечных раках молочной железы являются следующие методы

а) химиогормонотерапия

б) химиолучевое лечение + операция + химиогормонотерапия

в) облучение + операция + химиотерапия

г) сочетание а) и б)

д) сочетание б) и в)

131. Выполнение секторальной резекции молочной железы допустимо во всех перечисленных случаях, кроме

а) при отказе больной от удаления молочной железы

б) наличии противопоказаний к радикальной операции

в) I-II стадии

г) IIIА стадии

132. Для профилактики рецидивов и метастазов при раке молочной железы наиболее эффективны следующие варианты химиотерапии

а) ТиоТЭФ

б) схема СМФ

в) схема Купера

г) полихимиотерапия с адриабластином

д) сочетание б) и в)

148. Частота первичных злокачественных опухолей средостения в структуре онкологической заболеваемости составляет

а) 1-3%

б) 4-5%

в) 6-8%

г) 10-12%

д) 15%

149. Среди злокачественных опухолей средостения реже всего встречаются

а) ангиосаркомы

б) злокачественные гиберномы

в) злокачественные тимомы

г) злокачественные лимфомы

д) плоскоклеточный рак

150. Для выявления злокачественных опухолей средостения используются все перечисленные методы диагностики, кроме

а) пальпации

б) рентгено-томографии органов грудной клетки

в) компьютерной томографии

г) ядерно-магнитного резонанса (ЯМР)

д) медиастиноскопии

151. Для лечения опухолей средостения применяются следующие методы лечения

а) хирургический

б) комбинированный

в) лучевой

г) химиотерапевтический

д) сочетание б) и в)

152. Для лучевого лечения злокачественных опухолей средостения применяются все перечисленные методы, кроме

а) дистанционной ортовольтной рентгенотерапии

б) дистанционной гамма-терапии

в) облучения электронами

г) облучения тормозным рентгеновским излучением высокой энергии

д) дистанционной нейтронной терапии

153. При лечении злокачественных опухолей средостения лучевая терапия может быть применена

а) в самостоятельном плане (радикальная программа)

б) перед оперативным вмешательством

в) после операции

г) сочетание а) и б)

д) сочетание а) и в)

154. При проведении лучевой терапии в случаях злокачественных опухолей средостения могут быть применены все следующие методики, за исключением

а) однопольного облучения

б) облучения с двух противолежащих полей

в) облучения с двух передних полей под углом

г) облучения с трех задних полей под углом

д) облучения с двух передних полей под углом с клиновидными фильтрами

155. Разовые очаговые дозы при злокачественных опухолях средостения составляют

а) 1.2-1.5 Гр

б) 1.8-2.0 Гр

в) 2.2-2.5 Гр

г) 2.7-3.0 Гр

д) 3.5 Гр

156. Величина суммарной очаговой дозы при послеоперационном облучении средостения составляет для злокачественных опухолей

а) 15-20 Гр

б) 25-30 Гр

в) 35-40 Гр

г) 45-50 Гр

д) 55-60 Гр

157. Рак легкого метастазирует в лимфатические узлы средостения

а) в 20-25%

б) в 30-40%

в) в 50-70%

г) в 75-90%

д) в 100%

158. Рак щитовидной железы метастазирует в лимфатические узлы средостения

а) в 10-15%

б) в 20-28%

в) в 30-35%

г) в 40-45%

д) в 50%

159. Злокачественные лимфомы метастазирует в лимфатические узлы средостения

а) в 5-10%

б) в 15-20%

в) в 25-30%

г) в 35-70%

д) в 55-70%

160. Злокачественные опухоли яичка метастазирует в лимфатические узлы средостения

а) в 1-3%

б) в 5-7%

в) в 8-10%

г) в 12-15%

д) в 20%

161. Для выявления метастазов в лимфатические узлы средостения используются все перечисленные методы диагностики, кроме

а) пальпации

б) чрезгрудинной флебографии

в) рентгенологического исследования грудной клетки (рентгено-томографии и КТ)

г) медиастиноскопии

д) ультразвуковой томографии

162. При лечении метастазов в лимфатические узлы средостения применяются все перечисленные методы воздействия, кроме

а) хирургического

б) комбинированного

в) лучевого

г) химиотерапевтического

д) химиолучевого

163. Для лечения метастазов в лимфатические узлы средостения применяются следующие методы лучевой терапии

а) дистанционная ортовольтная рентгенотерапия

б) дистанционная гамма-терапия

в) гамма-облучение через решетчатые диафрагмы

г) сочетание б) и в)

д) сочетание а) и б)

164. Для лечения метастазов в лимфатические узлы средостения применяются все следующие методики облучения, за исключением

а) однопольного

б) с двух противолежащих полей

в) с двух передних полей под углом

г) с двух передних полей под углом с клиновидными фильтрами

д) с двух задних полей под углом

165. Величина разовых очаговых доз в случаях лечения метастазов лимфатических узлов средостения составляет

а) 1.2-1.5 Гр

б) 1.8-2 Гр

в) 2.2-2.5 Гр

г) 2.7-3.0 Гр

д) 3.5 Гр

166. Величина суммарной очаговой дозы при лечении метастазов в лимфатические узлы средостения составляет

а) 10-15 Гр

б) 20-25 Гр

в) 30-35 Гр

г) 40-44 Гр

д) 45-60 Гр

167. Возможность излечения при метастазах в узлы средостения возможна при

а) лимфогрануломатозе

б) семиноме

в) злокачественной тимоме

г) правильно б) и в)

д) правильно а) и б)

**8. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОРГАНОВ МАЛОГО ТАЗА**

001. Заболеваемость раком шейки матки составляет на 100 000 населения

а) 7-9 случаев

б) 10-11 случаев

в) 13-15 случаев

г) 17-20 случаев

д) 22-24 случая

002. Частота заболеваемости раком шейки матки среди гинекологических опухолей

а) 40-50%

б) 60-70%

в) 80-85%

г) 90-95%

д) 96-98%

003. Ежегодно умирают от рака шейки матки

а) 8000-9000 чел.

б) 10000-110000 чел.

в) 12000-130000 чел.

г) 14000-15000 чел.

д) 16000-17000 чел.

004. Симптомами рака шейки матки являются все перечисленные,кроме

а) кровянистых выделений

б) болей в низу живота

в) белей

г) запоров

005. К отягощяющим факторам течения рака шейки матки относится все перечисленное, кроме

а) хронической ишемической болезни сердца

б) инфильтративно-язвенной формы, роста опухоли

в) наличия перелома ноги

г) аденокарциномы шейки матки

д) опухоли большого объема

006. Факторами риска рака шейки матки являются все перечисленные, кроме

а) эрозии шейки матки

б) лейкоплакии шейки матки

в) большого количества беременностей

г) хронических воспалительных изменений в области старых послеродовых разрывов

д) повышенного питания больной

007. Для диагностики рака шейки матки применяются все перечисленные методы исследования, кроме

а) влагалищно-ректо-брюшностеночного исследования

б) осмотра в зеркалах

в) кольпоскопии и кольпомикроскопии

г) биопсии шейки матки

д) исследования с P-32

008. При диагностике распространенности рака шейки матки применяются все перечисленные методы исследования, кроме

а) влагалищно-ректо-брюшностеночного исследования

б) кольпоскопии

в) лимфографии

г) лапароскопии

д) исследования с изотопом фосфора-32

009. Частота поражения лимфатических узлов таза при раке шейки матки I стадии составляет

а) 5-7%

б) 8-14%

в) 15-20%

г) 21-25%

д) 26-30%

010. Частота поражения лимфатических узлов таза при раке шейки матки II стадии составляет

а) 15-20%

б) 21-25%

в) 26-30%

г) 31-38%

д) 40-38%

011. Частота поражения лимфатических узлов таза при раке шейки матки III стадии составляет

а) 31-40%

б) 41-50%

в) 51-58%

г) 60-65%

д) 70-75%

012. К методам лечения внутриэпителиального рака шейки матки относится все перечисленное, кроме

а) электронизации шейки матки

б) ножевой ампутации шейки матки

в) надвлагалищной ампутации матки

г) криотерапии и лазерного воздействия

д) внутриполостной гамма-терапии на аппарате АГАТ-В в режиме фракционирования 10 Гр

013. При раке шейки матки IА стадии могут быть применены все перечисленные методы лечения, кроме

а) электронизации шейки матки

б) сочетанной лучевой терапии по радикальной программе

в) лазерного воздействия

г) криотерапии

д) простой экстирпации матки с придатками

014. При раке шейки матки IБ стадии могут быть применены все перечисленные методы лечения, кроме

а) простой экстирпации матки с придатками

б) сочетанной лучевой терапии по радикальной программе

в) расширенной экстирпации матки с придатками

г) предоперационной сочетанной лучевой терапии с последующей операцией

д) операции с последующим послеоперационным облучением

015. При раке шейки матки II стадии применяют все перечисленные методы лечения, кроме

а) простой экстирпации матки с придатками с последующим послеоперационным облучением

б) расширенной экстирпации матки с придатками с последующей послеоперационной лучевой терапией

в) сочетанной лучевой терапии

г) сочетанной лучевой терапии и гормонотерапии

д) сочетанной лучевой терапии и химиотерапии

016. При раке матки III стадии применяются следующие методы лечения

а) оперативное вмешательство

б) гормонотерапия

в) операция с последующим облучением

г) сочетанная лучевая терапия

д) лучевая терапия в сочетании с гормонотерапией

017. При раке шейки матки IV стадии применяют следующие методы лечения

а) сочетанная лучевая терапия по радикальной программе

б) гормонотерапия

в) химиотерапия

г) симптоматическое лечение

д) сочетание в) и г)

018. При послеоперационной лучевой терапии применяются следующие методики лечения

а) статическое облучение с четырех параллельных фигурных полей размерами 6х18 см

б) биаксиальное качание под углом 180ш с параллельных осей облучения

в) двухпольное статическое облучение встречными фигурными полями 16х18 см

г) сочетание а) и в)

д) сочетание а) и б)

019. Суммарная очаговая доза (СОД) при послеоперационной лучевой терапии составляет

а) 20-30 Гр

б) 35-40 Гр

в) 40-45 Гр

г) 50 Гр

д) 55 Гр

020. Суммарная очаговая доза (СОД) при предоперационной дистанционной гамме-терапии составляет

а) 15-20 Гр

б) 25 Гр

в) 30 Гр

г) 40 Гр

д) 45 Гр

021. При внутриполостной лучевой терапии в нашей стране применяются все перечисленные радионуклиды, кроме

а) кобальта-60

б) цезия-137

в) радия-226

г) калифорния-252

д) иридия-192

022. Для дистанционной лучевой терапии рака шейки матки применяются все перечисленные аппараты, кроме

а) гамма-терапевтических аппаратов

б) бетатронов

в) линейных ускорителей

г) аппаратов для дальнедистанционной ортовольтной рентгенотерапии

д) аппаратов для короткодистанционной рентгенотерапии

023. При внутриполостной лучевой терапии рака шейки матки I стадии источниками 60Co низкой активности суммарные поглощенные дозы в т. А при Pa - 0.5-0.55 Гр/час с учетом фактора ВДФ = 120+10 ед. составляют

а) 40-50 Гр

б) 50 Гр

в) 55-60 Гр

г) 65-68 Гр

д) 70-75 Гр

024. При внутриполостной лучевой терапии рака шейки матки II стадии источниками 60Co низкой активности суммарные поглощенные дозы в т. А при Pa - 0.5-0.55 Гр/час с учетом фактора ВДФ = 120+10 ед. составляют

а) 45-50 Гр

б) 55-60 Гр

в) 68-72 Гр

г) 75-78 Гр

д) 80-84 Гр

025. При внутриполостной лучевой терапии рака шейки матки III стадии источниками 60Co низкой активности суммарные поглощенные дозы в т. А при Pa - 0.5-0.55 Гр/час с учетом фактора ВДФ = 120+10 ед. составляют

а) 50-55 Гр

б) 60-65 Гр

в) 72-80 Гр

г) 82-85 Гр

д) 86-90 Гр

026. Величина очаговой дозы за сеанс в т. А при внутриполостной лучевой терапии источниками излучения 60Co низкой активности (длительность сеанса 20-24 часа) составляет

а) 5-8 Гр

б) 10-12 Гр

в) 13-18 Гр

г) 20-25 Гр

д) 26-30 Гр

027. При лечении больных раком шейки матки источниками высокой активности на аппаратах типа АГАТ-В, АГАМ при внутриполостной лучевой терапии обычно применяются следующие разовые поглощенные дозы, кроме

а) 2 Гр

б) 3 Гр

в) 5 Гр

г) 7 Гр

д) 10 Гр

028. С учетом фактора ВДФ в т. А от внутриполостной лучевой терапии источниками высокой активности, равным 120+10 ед., при лечении больных раком шейки матки на аппаратах типа АГАТ-В, АГАМ применяются следующие суммарные поглощенные дозы

а) 25-30 Гр

б) 35 Гр

в) 40-50 Гр

г) 55 Гр

д) 60 Гр

029. При сочетанной лучевой терапии рака шейки матки используют все перечисленные методики дистанционного облучения, кроме

а) статического двухпольного

б) статического четырехпольного наклонными фигурными полями

в) биаксиального качания с параллельных осей

г) биаксиального качания с наклонных осей облучения

д) одноосевого подвижного облучения под углом 240ш или 360ш

030. Поглощенные дозы в т. В за один сеанс составляют

а) 1.5 Гр

б) 2 Гр

в) 2.5 Гр

г) 3 Гр

д) 3.5 Гр

031. Суммарные поглощенные дозы в т. В от дистанционной гамма-терапии составляют

а) 25-30 Гр

б) 35-38 Гр

в) 30-48 Гр

г) 50-55 Гр

д) 60 Гр

032. У больной рак шейки матки IIБ стадии. При обследовании выявлена киста яичника. Ей следует применить

а) сочетанную лучевую терапию

б) пангиостерэктомию

в) овариоэктомию с последующей дистанционной лучевой терапией

г) овариоэктомию с последующей сочетанной лучевой терапией

д) операцию Вертгейма с последующей послеоперационной лучевой терапией

042. Частота заболевания раком тела матки среди опухолей женской половой сферы составляет

а) 5-8%

б) 10-15%

в) 18-20%

г) 20-30%

д) 40% и более

043. Процент развития рака эндометрия на фоне эндокринных нарушений составляет

а) 20-30%

б) 35-40%

в) 45-50%

г) 70%

д) 80-90%

044. Процент гормонально независимых опухолей эндометрия составляет

а) 5-8%

б) 10-20%

в) 30%

г) 45-50%

д) 60-80%

045. Процент смертности при раке эндометрия от рецидивов и метастазов составляет

а) 5-8%

б) 10-20%

в) 25-35%

г) 40-45%

д) 50% и более

046. Основными клиническими симптомами рака эндометрия являются все перечисленные, кроме

а) кровотечения в менопаузе

б) болей в надлобковой области схваткообразного характера

в) кровотечения в межменструальный период

г) болей, иррадиирующих в область внутренней поверхности обеих бедер

д) болей в надлобковой области постоянного характера

047. Факторами, предрасполагающими к развитию рака эндометрия являются все перечисленные, кроме

а) первичного и вторичного бесплодия

б) нарушения менструальной функции

в) ранней менопаузы

г) фибромиомы матки

д) кистозного изменения яичников

048. Факторами, отягощающими клиническое течение рака тела матки являются все перечисленные, кроме

а) гипертонической болезни

б) ожирения

в) сахарного диабета

г) отеков обеих ног

д) фибромиомы матки

049. Методами первичной диагностики первичной опухоли эндометрия являются все перечисленные, кроме

а) влагалищно-ректо-брюшностеночного исследования

б) осмотра в зеркалах

в) цитологического исследования отделяемого из полости матки

г) раздельного диагностического выскабливания слизистой матки с морфологическим исследованием

д) пробы Шиллера

050. Методами диагностики распространенности опухолевого процесса являются все перечисленные, кроме

а) влагалищно-ректо-брюшностеночного исследования

б) визуальных методов исследования

в) радиоизотопных методов исследования

г) рентгенологических методов исследования

д) иммунодиагностики

051. Суммарные поглощенные дозы при послеоперационной лучевой дистанционной терапии в плане комбинированного лечения рака тела матки составляют

а) 20-30 Гр

б) 35-40 Гр

в) 45-50 Гр

г) 55-60 Гр

д) 65 Гр

052. Суммарные поглощенные дозы при послеоперационной внутривлагалищной лучевой терапии в плане комбинированного лечения рака тела матки источниками низкой активности составляют

а) 5-8 Гр

б) 10-15 Гр

в) 20-22 Гр

г) 25-30 Гр

д) 35 Гр

053. Суммарные поглощенные дозы при послеоперационной внутривлагалищной лучевой терапии в плане комбинированного лечения рака тела матки источниками высокой активности составляют

а) 5-8 Гр

б) 9-15 Гр

в) 18-20 Гр

г) 25-30 Гр

д) 35 Гр

054. Разовые поглощенные дозы за сеанс внутриполостного облучения на аппаратах типа АГАТ-В, АГАМ в плане сочетанной лучевой терапии рака тела матки в т. А составляют

а) 3-5 Гр

б) 6-7 Гр

в) 8-10 Гр

г) 12-13 Гр

д) 15 Гр

055. Разовые поглощенные дозы за сеанс внутриполостного облучения на аппаратах типа АГАТ-В, АГАМ в плане сочетанной лучевой терапии рака тела матки в т. С (влагалищные аппликации) составляют

а) 2 Гр

б) 3-5 Гр

в) 6-7 Гр

г) 8-10 Гр

д) 12-13 Гр

056. Суммарные поглощенные дозы при внутриполостном облучении на аппаратах типа АГАТ-В, АГАМ в плане сочетанной лучевой терапии рака тела матки в т. А составляют

а) 20-25 Гр

б) 30-35 Гр

в) 40-45 Гр

г) 50-55 Гр

д) 60 Гр

057. Суммарные поглощенные дозы при внутриполостном облучении влагалища на аппаратах типа АГАТ-В, АГАМ в плане сочетанной лучевой терапии рака тела матки в т. С составляют

а) 3-5 Гр

б) 6-8 Гр

в) 9-15 Гр

г) 17-20 Гр

д) 25 Гр

058. Фактор ВДФ при внутриполостной лучевой терапии рака тела матки составляет

а) 110-120 ед.

б) 125-130 ед.

в) 135-140 ед.

г) 145 ед.

д) 150 ед.

059. Суммарные поглощенные дозы при внутриполостном облучении в плане сочетанной лучевой терапии рака тела матки источниками низкой активности в т. А при Pa - 0.5 Гр/час составляют

а) 62-65 Гр

б) 68-70 Гр

в) 72-75 Гр

г) 80-90 Гр

д) 100-110 Гр

060. Суммарные поглощенные дозы при внутриполостном облучении в плане сочетанной лучевой терапии рака тела матки источниками низкой активности в т. С/2 см от центральной излучающей линии при влагалищных аппликациях составляют

а) 6-8 Гр

б) 9-15 Гр

в) 20-25 Гр

г) 30-35 Гр

д) 40-45 Гр

061. Разовая поглощенная доза при дистанционной лучевой терапии рака тела матки составляет

а) 1.5 Гр

б) 2 Гр

в) 3-4 Гр

г) 5 Гр

д) 10 Гр

062. Суммарные поглощенные дозы при дистанционной лучевой терапии рака тела матки составляют

а) 20-30 Гр

б) 35 Гр

в) 40-50 Гр

г) 60 Гр

д) 65 Гр

063. Гормонотерапия синтетическими прогестинами показана при следующих морфологических формах рака эндометрия

а) аденокарцинома

б) железисто-солидный рак

в) солидный рак

г) аденоакантома

д) плоскоклеточный рак

064. У больной рак тела матки II стадии. В процессе сочетанной лучевой терапии картина острого живота (внутриполостная лучевая терапия на аппаратах типа АГАТ-В, АГАМ в режиме фракционирования 10 Гр за сеанс). Ей необходима

а) немедленная операция

б) консервативная терапия в течение 3-5 дней и после снятия реакции продолжение сочетанной лучевой терапии

в) консервативная терапия и полный отказ от лучевого лечения

г) продолжение лучевой терапии

д) отказ от внутриполостной лучевой терапии

067. Комплексное лечение (включая хирургический компонент) - это

а) предоперационная лучевая терапия (дистанционная) + операция + гормонотерапия

б) предоперационная сочетанная лучевая терапия + операция + гормонотерапия

в) операция + послеоперационная лучевая терапия методом биаксиального качания

г) операция + послеоперационная статическая лучевая терапия + гормонотерапия

д) метод выбран неправильно, так как имеются противопоказания к оперативному лечению

068. Комплексное лечение (без операции) - это

а) дистанционная лучевая терапия подвижным методом + гормонотерапия

б) дистанционная статическая лучевая терапия + гормонотерапия

в) гормонотерапия + сочетанная лучевая терапия

г) сочетанная лучевая терапия

д) гормонотерапия + дистанционная лучевая терапия по расщепленному курсу

069. Фактор время - доза - фракционирование от внутриполостной лучевой терапии рака эндометрия в т. А составляет

а) 120-125 ед.

б) 130-135 ед.

в) 140-145 ед.

г) 150-155 ед.

д) 160-165 ед.

070. Фактор время - доза - фракционирование от внутриполостной лучевой терапии рака эндометрия в т. В составляет

а) 10-13 ед.

б) 14-20 ед.

в) 25-30 ед.

г) 30-35 ед.

д) 40-45 ед.

071. Фактор время - доза - фракционирование от сочетанной лучевой терапии рака эндометрия в т. А составляет

а) 140-150 ед.

б) 160-170 ед.

в) 180-200 ед.

г) 210-220 ед.

д) 225 ед.

072. Фактор время - доза - фракционирование от сочетанной лучевой терапии рака эндометрия в т. В составляет

а) 60-65 ед.

б) 70-75 ед.

в) 80-95 ед.

г) 100-110 ед.

д) 120 ед.

073. Частота заболевания первичным раком влагалища среди опухолей женской половой сферы составляет

а) 1-3%

б) 4-6%

в) 7-10%

г) 11-13%

д) 14-16%

074. Частота вторичных поражений влагалища среди опухолей женской половой сферы составляет

а) 3-20%

б) 25-30%

в) 35-40%

г) 45-50%

д) 55-60%

075. Симптомами рака влагалища являются все перечисленные, кроме

а) кровянистых выделений из половых путей

б) белей

в) увеличения объема живота

г) ощущения дискомфорта в низу живота

д) болей в низу живота

076. Отягощающими факторами рака влагалища являются все перечисленные, кроме

а) тотального поражения органа опухолевым процессом

б) сердечно-легочной недостаточности

в) низкодифференцированного плоскоклеточного рака

г) герпес зостер

д) первично-множественного рака

077. Предрасполагающими факторами к раку влагалища являются все перечисленные, кроме

а) гормонотерапии матерей во время беременности

б) эрозии шейки матки

в) хронических воспалительных изменений со стороны слизистой влагалища (травмы, ожоги)

г) опущения стенок влагалища

д) наличия в анамнезе онкологических заболеваний

078. Методами диагностики первичной опухоли влагалища являются все перечисленные, кроме

а) влагалищно-ректально-брюшностеночного исследования

б) осмотра в зеркалах

в) цитологического исследования отпечатка опухоли влагалища

г) биопсии опухоли влагалища

д) рентгенографии таза

079. Методами диагностики распространенности опухолевого процесса являются все перечисленные, кроме

а) влагалищно-ректально-брюшностеночного исследования

б) визуальных методов исследования (осмотр в зеркалах, цитоскопия, ректороманоскопия, кольпоскопия)

в) радиоизотопных методов исследования

г) рентгенографических методов исследования

д) иммунологических

080. Методом выбора при лечении рака влагалища является

а) хирургический

б) комбинированный

в) сочетанная лучевая терапия

г) химиотерапия

д) гормонотерапия

081. При лечении рака влагалища применяют все радионуклиды, кроме

а) кобальта-60

б) калифорния-252

в) цезия-137

г) MT-99

д) иридия-192

082. Наиболее благоприятное течение имеют

а) опухоли верхней трети влагалища

б) опухоли средней трети влагалища

в) опухоли нижней трети влагалища

г) опухоли средней и нижней трети влагалища

д) тотальное поражение органа

083. Наиболее характерной гистологической структурой рака влагалища является

а) плоскоклеточный рак разной степени дифференцировки

б) аденокарцинома

в) солидный рак

г) аденоакантома

д) фолликулярный рак

084. При раке влагалища возможны все формы роста опухоли, кроме

а) экзофитной

б) эндофитной

в) смешанной

г) инфильтративно-язвенной

д) индуративной

085. При лечении рака влагалища применяются все перечисленные виды лучевой терапии, кроме

а) близкофокусной рентгенотерапии

б) телегамматерапии

в) внутритканевой гамма-терапии

г) внутриполостной лучевой терапии

д) дистанционной ортовольтной рентгенотерапии

086. Рак верхней трети и средней трети влагалища метастазирует во все перечисленные лимфатические узлы, кроме

а) подвздошных

б) подчревных

в) крестцовых

г) паховых

д) парааортальных

087. Нижняя граница полей облучения при дистанционном облучении рака верхней трети и средней трети влагалища располагается

а) на уровне середины лонного сочленения

б) по нижнему краю лонного сочленения

в) на 1-1.5 см ниже лонного сочленения

г) по верхнему краю лонного сочленения

д) по наружным половым органам

088. При облучении паховых лимфатических узлов применяются поля размером

а) 4х7 см

б) 8х10 см

в) 12х14 см

г) 16х18 см

д) 5х9 см

089. Верхняя граница полей облучения нижней трети влагалища располагается

а) на 1-2 см выше гребешка подвздошной кости

б) на уровне 5-го поясничного позвонка

в) на уровне верхней трети крестцово-подвздошного сочленения

г) на уровне нижней трети крестцово-подвздошного сочленения

д) на уровне 3-го поясничного позвонка

090. Тангенциальные поля облучения при лечении рака влагалища применяют

а) при лечении верхней трети влагалища

б) при лечении средней трети влагалища

в) при лечении нижней трети влагалища

г) при тотальном поражении органа

д) при поражении верхней трети и средней трети влагалища

091. При дистанционной лучевой терапии верхней трети рака влагалища применяют все перечисленные методики, кроме

а) облучения со встречных открытых полей фигурной формы размером 16х18 см, 16х20 см с очаговой дозой 2 Гр за сеанс в области первичной опухоли и зоны регионарного метастазирования

б) биаксиального качания с параллельных осей ротации относительно срединной плоскости тела в том же режиме фракционирования

в) статического четырехпольного с наклонным расположением (2 Гр в латеральных отделах таза)

г) биаксиального качания с наклонным расположением осей ротации (относительно срединной плоскости тела) в том же режиме фракционирования

д) подвижного облучения вагинальной трубки методом одноосевого качания под углом 240ш, 300ш, 360ш

092. При внутриполостной лучевой терапии рака влагалища верхней трети на аппаратах типа АГАТ-В, АГАМ применяют все перечисленные режимы фракционирования, кроме

а) облучение в режиме фракционирования 2 Гр

б) облучение в режиме 5 Гр

в) облучение в режиме 7 Гр

г) облучение в режиме 8 Гр

д) облучение с введением аппликатора с очаговой дозой 3 Гр на 0.75 см от поверхности числом 3-4

093. При дистанционной лучевой терапии рака средней трети влагалища применяют все перечисленные методики, кроме

а) статической двухпольной

б) статической четырехпольной с наклонным расположением полей

в) подвижной двухосевой с параллельным расположением осей качания по отношению к срединной плоскости тела

г) подвижной двухосевой с наклонным расположением осей качания

094. При внутриполостной лучевой терапии рака средней трети влагалища на аппарате АГАТ-В применяют все перечисленные режимы фракционирования, за исключением

а) облучения в режиме фракционирования 3 Гр

б) облучения в режиме фракционирования 5 Гр

в) облучения в режиме фракционирования 7 Гр

г) облучения в режиме 8 Гр

д) облучения с введением аппликатора (вагинального) в режиме 3 Гр за сеанс числом 7-8 на 0.75 см от поверхности

095. При дистанционной лучевой терапии рака нижней трети влагалища применяются все перечисленные методы, кроме

а) статической гамма-терапии с двух паховых полей с очаговой дозой 2.5 Гр на глубине 4 см

б) статического облучения тангенциальным полем с облучением первичной опухоли дозой 2 Гр

в) подвижной лучевой терапии методом одноосевого качания очаговой дозой 2 Гр за сеанс

г) с одного прямого промежностного поля

096. При контактной лучевой терапии рака нижней трети влагалища применяют все перечисленные методы, за исключением

а) внутриполостной лучевой терапии по методике двухэтапного последовательного введения эндостатов и источников излучения с СОД 30-35 Гр за 3-4 сеанса

б) внутриполостной лучевой терапии на аппарате АГАТ-В с очаговой дозой 3 Гр на

0.75 см от поверхности аппликатора числом 6-7

в) внутритканевой гамма-терапии с очаговой дозой 40-45 Гр

г) внутритканевой бета-терапии радиоколлоидом 198Au

097. У больной рак нижней трети влагалища. Во время сеанса внутритканевой гамма-терапии выпал 1 источник 60Co. Дальнейшая тактика

а) продолжать сеанс лучевой терапии, сделав перерасчет

б) вставить источник излучения на место, сделав перерасчет

в) отправить выпавший источник в хранилище

г) прекратить сеанс внутритканевой терапии

д) удалить все источники, сделав перерыв в 2-3 недели и заново ввести источники излучения

106. Частота рака яичников среди всех злокачественных новообразований у женщин составляет

а) 1-3%

б) 4-5%

в) 6-8%

г) 9-10%

д) 11-15%

107. Среди опухолей женской половой системы рак яичников составляет

а) 8-10%

б) 11-19%

в) 20-30%

г) 31-35%

д) 36-40%

108. Предрасполагающими факторами развития рака яичников являются все перечисленные, кроме

а) наличия в анамнезе доброкачественных опухолей или хронического воспаления придатков

б) бесплодия

в) увеличения яичников в период менопаузы

г) появления кровотечений в период менопаузы

д) повышенного питания

109. Наиболее часто встречаются следующие гистологические формы

а) рак яичников

б) тератобластома

в) гранулезноклеточная опухоль

г) дисчерминома

д) текаклеточная опухоль

110. Рак яичников распространяется всеми перечисленными способами, за исключением

а) распространения по протяжению (прорастание в трубы, матку)

б) имплантация клеток по брюшине и в брюшную полость

в) раннего лимфогенного метастазирования

г) распространения по периневральным щелям

д) гематогенного метастазирования

111. Рак яичников метастазирует во все перечисленные органы и системы, кроме

а) тазовых и забрюшинных лимфатических узлов

б) паховых лимфатических узлов

в) бедренных лимфатических узлов

г) надключичных лимфатических узлов

д) большого сальника

112. Рак яичников может метастазировать также во все перечисленные ниже органы, кроме

а) печени

б) костей

в) плевры

г) легких

д) перикарда

113. Симптомами рака яичника являются все перечисленные, кроме

а) болей в низу живота

б) запоров

в) нарушения мочеиспускания

г) появления кровянистых выделений при дефекации

д) увеличения живота

114. К методам диагностики рака яичника относятся все перечисленные, кроме

а) ректо-вагинально-брюшностеночного исследования

б) цитологического исследования асцитической или плевральной жидкости

в) ректороманоскопии

г) радионуклидной лимфографии

д) эхография

115. К методами диагностики рака яичника не относятся

а) исследования пунктата через задний свод влагалища

б) контрастная лимфография

в) томография средостения

г) компьютерная томография

д) лапароскопия

116. Если опухоль поражает оба яичника и имеется специфический асцит, то в этом случае имеет место

а) I стадия

б) II стадия

в) III стадия

г) IV стадия

117. При поражении яичников с наличием метастазов по брюшине, в большом сальнике и забрюшинных лимфатических узлах имеет место

а) Iв стадия

б) Iс стадия

в) IIа стадия

г) IIв стадия

д) III стадия

118. При поражении яичников с распространением на трубу и матку имеет место

а) Iа стадия

б) IIа стадия

в) IIв стадия

г) III стадия

д) IV стадия

119. Методами лечения рака яичников являются все перечисленные, кроме

а) хирургического

б) химиотерапевтического

в) комбинированного

г) иммунотерапии

д) комплексного

120. В Iв стадии рака яичника применяются

а) хирургический метод

б) операция + лучевая терапия

в) операция + химиотерапия

г) операция + гормонотерапия

д) сочетание в) и г)

121. Во IIв стадии рака яичника применяются все перечисленные методы, кроме

а) операция + химиотерапия

б) операция + лучевая терапия + химиотерапия

в) химиотерапия + операция + химиотерапия

г) операция + иммунотерапия

122. Наиболее эффективными химиопрепаратами при раке яичника являются все перечисленные, кроме

а) ТиоТЭФа

б) циклофосфана

в) 5-фторурацила

г) натулана

д) адриабластина

123. При лучевой терапии рака яичника применяются

а) дистанционная лучевая терапия

б) внутрибрюшинное введение открытых источников

в) внутритканевая лучевая терапия

г) сочетание б) и в)

д) сочетание а) и б)

124. При дистанционной терапии рака яичника суммарная очаговая доза

а) 20-30 Гр

б) 23-50 Гр

в) 55-60 Гр

г) 65-70 Гр

д) свыше 70 Гр

125. Для введения в брюшную полость при раке яичника применяются

а) 131У

б) 198А и В

в) иридий-192

г) цезий-137

д) фосфор-32

126. 5-летняя выживаемость при I стадии рака яичника составляет

а) 20-30%

б) 35-40%

в) 45-55%

г) 60-65%

д) 70-80%

127. 5-летняя выживаемость при II стадии рака яичника составляет

а) 10-15%

б) 20-30%

в) 40-50%

г) 55-60%

д) 70-80%

128. 5-летняя выживаемость при III стадии рака яичника составляет

а) 8-10%

б) 11-15%

в) 20-25%

г) 26-30%

д) 35-40%

129. 5-летняя выживаемость при IV стадии рака яичника составляет

а) 6-8%

б) 10-12%

в) 15-18%

г) 20-25%

д) 26-28%

130. Причинами неудовлетворительных результатов лечения рака яичника является все перечисленное, кроме

а) отсутствия ранних симптомов

б) агрессивного течения заболевания

в) недостаточной онкологической настороженности гинекологов

г) неадекватного лечения

131. Рак вульвы составляет среди всех гинекологических раков

а) до 2%

б) до 4%

в) до 6%

г) до 8%

д) до 10%

132. Рак вульвы чаще встречается

а) в детском возрасте

б) в юношеском возрасте

в) в молодом возрасте

г) в среднем возрасте

д) в пожилом возрасте

133. К развитию рака вульвы могут привести все следующие состояния, кроме

а) дистрофического процесса слизистой

б) хронического вульвита

в) папилломатоза

г) дерматита

д) рубцов и свищей

134. Наиболее часто при раке вульвы гистологически находят

а) карциному

б) переходноклеточный рак

в) плоскоклеточный рак

г) саркомы

д) пигментные опухоли

135. Чаще всего рак вульвы метастазирует

а) в паховые лимфоузлы

б) в наружные подвздошные лимфоузлы

в) во внутренние подвздошные лимфоузлы

г) в общие подвздошные лимфоузлы

д) в парааортальные лимфоузлы

136. Для рака вульвы характерны метастазы

а) в легкие

б) в печень

в) во влагалище

г) в лимфоузлы

д) в почки

137. Заключительным методом установления диагноза при раке вульвы является

а) клинический

б) инструментальный

в) рентгенологический

г) радионуклидный

д) морфологический

138. Для диагностики поражения регионарных лимфоузлов при раке вульвы используются все следующие методы, кроме

а) клинического

б) инструментального

в) рентгенологического

г) радионуклидного

д) морфологического

139. II стадия рака вульвы по системе TNM включает все перечисленное, кроме

а) T2N0M0

б) T1N1M0

в) T2N0M0

г) T1N2M0

д) T2N1M0

140. III стадия рака вульвы по системе TNM включает все перечисленное, кроме

а) T3N0M0

б) T1N1M0

в) T2N1M0

г) T1N3M0

д) T3N1-2M0

141. IV стадия рака вульвы по системе TNM включает все перечисленное, кроме

а) T4N0M0

б) T4N1-2M0

в) T1-2N3M0

г) T2-3N2M0

д) T3N3M0

142. Радикальным методом хирургического вмешательства при I и II стадиях рака вульвы по отношению к опухоли является

а) иссечение опухоли

б) односторонняя вульвэктомия

в) вульвэктомия

г) вульвэктомия с иссечением кожи промежности

д) вульвэктомия с иссечением кожи промежности и слизистой влагалища

143. Наиболее радикальной операцией на путях лимфооттока при раке вульвы является

а) удаление поверхностных паховых лимфоузлов со стороны процесса

б) удаление поверхностных паховых лимфоузлов с двух сторон

в) паховая лимфаденэктомия со стороны поражения

г) двухстороння паховая лимфаденэктомия

д) паховоподвздошная лимфаденэктомия

144. Правильно проведенное радикальное лечение рака вульвы, независимо от метода, дает приблизительно одинаковые результаты излечения

а) при I стадии

б) при II стадии

в) при III стадии

г) при IV стадии

д) правильно а) и б)

145. Комбинированным методом лечения рака вульвы является

а) облучение опухоли и операция на лимфопутях

б) операция вульвэктомии и облучение зон лимфооттока

в) облучение опухоли и зон лимфооттока, операция на зонах лимфооттока

г) облучение опухоли и зон лимфооттока, операция вульвэктомии

д) облучение опухоли и зон лимфооттока, операция вульвэктомии и на зонах лимфооттока

146. Суммарная очаговая доза при предоперационной лучевой терапии рака вульвы на первичную опухоль планируется

а) до 15 Гр

б) 15-25 Гр

в) 25-35 Гр

г) 35-45 Гр

д) 45-50 Гр

147. Суммарная очаговая доза при предоперационной лучевой терапии зон лимфооттока при раке вульвы соответствует всем перечисленным, кроме

а) до 30 Гр

б) 30-45 Гр

в) 45-60 Гр

г) 30-45 Гр + локально до 60 Гр

д) 30-45 Гр + локально до 70 Гр

148. Для радикального излечения рака вульвы дистанционная лучевая терапия проводится до суммарных очаговых доз

а) 45-50 Гр

б) 50-60 Гр

в) 60-65 Гр

г) 65-70 Гр

д) 70-75 Гр

149. При дистанционной лучевой терапии рака вульвы фактор ВДФ на первичную опухоль должен составлять

а) до 1 Гр

б) 1-105 Гр

в) 105-110 Гр

г) 110-115 Гр

д) 115-120 Гр

150. При профилактическом облучении зон лимфооттока суммарная очаговая доза должна составлять

а) 30-35 Гр

б) 35-40 Гр

в) 40-45 Гр

г) 45-50 Гр

д) 50-55 Гр

151. Суммарная очаговая доза при дистанционной лучевой терапии в плане радикального лечения лимфогенного метастаза планируется

а) 40-45 Гр

б) 45-55 Гр

в) 55-65 Гр

г) 40-45 Гр + локально до 60 Гр

д) 40-45 Гр + локально до 65-70 Гр

152. Проведение радикальной дистанционной лучевой терапии первичной опухоли рака вульвы в основном ограничено из-за

а) низкой радиочувствительности опухоли

б) ограниченности технического оснащения ДДД

в) местной реакции окружающих тканей

г) сопутствующей патологией

д) правильно а) и г)

153. При дистанционной лучевой терапии рака вульвы применяются все перечисленные методики, кроме

а) облучения с одного прямого промежностного поля

б) облучения с одного переднего прямого поля

в) облучение с двух полей под углом с клиновидными фильтрами или без

г) облучение с одного переднего поля с отклонением головки аппарата в сторону ноги

д) облучения с одного переднего поля с отклонением головки аппарата в сторону головы

154. При облучении зон лимфооттока при раке вульвы очаговая доза планируется

а) на поверхностные паховые лимфоузлы

б) на глубокие паховые лимфоузлы

в) на наружные подвздошные лимфоузлы

г) правильно а) и б)

д) правильно б) и в)

155. Наилучшие результаты лечения рака вульвы получены

а) при комбинированном лечении

б) при лучевой терапии

в) при сочетанной лучевой терапии опухоли и комбинированного лечения зон лимфооттока

г) при комбинированном лечении опухоли и лучевой терапии зон лимфооттока

д) при химиолучевом лечении

156. При локальном рецидиве рака вульвы показано все, кроме

а) хирургического лечения

б) комбинированного лечения

в) радиохирургического лечения

г) химиотерапевтического лечения

157. Рак мочевого пузыря в структуре онкологической заболеваемости встречается

а) в 1-2%

б) в 3-4%

в) в 5-6%

г) в 8-10%

д) в 12-15%

158. Среди опухолей мочеполовой системы рак мочевого пузыря составляет

а) 10-15%

б) 20-25%

в) 30-40%

г) 45-50%

д) сочетание а) и б)

159. В оценке показателей динамики заболеваемости и смертности при раке мочевого пузыря

а) заболеваемость снижается

б) заболеваемость увеличивается

в) смертность снижается

г) смертность увеличивается

д) сочетание б) и г)

160. Предрасполагающими факторами при раке мочевого пузыря являются все перечисленные, кроме

а) длительного контакта с канцерогенными веществами (бета-нафтиламин, бензидин и др.)

б) работы в химической, красильной, резиновой, нефтеперерабатывающей, текстильной промышленности

в) длительного проживания на расстоянии менее 1 км от промышленных объектов, загрязняющих атмосферу

г) курения, начатого в возрасте до 20 лет по пачке и более в день

д) употребления алкогольных напитков

161. Предрасполагающими факторами для развития рака мочевого пузыря являются все перечисленные, кроме

а) контакта с нефтепродуктами (работа на транспорте и др.)

б) характера питания (острая и соленая пища)

в) наследственности

г) полиартрита

д) редкого мочеиспускания

162. Предраковыми состояниями при раке мочевого пузыря являются все перечисленные, кроме

а) папиллом

б) лейкоплакии

в) хронического цистита

г) бильгаруноза

д) железистой метаплазии

163. Среди злокачественных опухолей мочевого пузыря чаще всего встречается

а) переходно-клеточный рак

б) плоскоклеточный рак

в) аденокарцинома

г) недифференцированный рак

д) саркомы различного генеза

164. Регионарное метастазирование при раке мочевого пузыря происходит во все перечисленные группы лимфатических узлов, кроме

а) паравезикальной клетчатки

б) запирательных и наружных подвздошных узлов

в) внутренних подвздошных узлов

г) паховых узлов

165. Основными симптомами рака мочевого пузыря являются все перечисленные, кроме

а) гематурии

б) дизурических явлений

в) болей

г) запоров

д) правильно а), б) и в)

166. Методами диагностики рака мочевого пузыря являются все перечисленные, кроме

а) цистоскопии

б) цистографии

в) выделительной пиелографии

г) рентгенографии таза

д) биопсии опухоли

167. К методам диагностики рака мочевого пузыря относятся все перечисленные, кроме

а) бимануального исследования мочевого пузыря под наркозом

б) УЗИ

в) компьютерной томографии

г) цитологического исследования мочи

д) чрезкожной флебографии

168. Tа по системе TNM при опухоли мочевого пузыря означает

а) папиллому

б) папиллярную неинвазивную карциному

в) наличие инфильтрации мышечного слоя

г) экзофитный тип роста опухоли

д) изъязвленную опухоль

169. T1 по системе TNM по отношению к опухоли мочевого пузыря означает

а) папиллярную неинвазивную карциному

б) наличие инфильтрации мышечного слоя

в) наличие инфильтрации субэпителиальной соединительной ткани

г) наличие инвазии внутренней половины мышечного слоя (поверхностная мышца)

д) опухоль распространяется на всю мышцу

170. T2 по системе TNM по отношению к опухоли мочевого пузыря означает

а) наличие инвазии внутренней половины мышечного слоя

б) инвазию всего мышечного слоя

в) инвазию околопузырной клетчатки

г) изъязвления опухоли

д) наличия эндофитного типа роста опухоли

171. T3 по системе TNM по отношению к опухоли мочевого пузыря означает

а) инвазию всего мышечного слоя

б) изъязвления опухоли

в) инвазию околопузырной клетчатки

г) сочетание а) и б)

д) сочетание а) и в)

172. T4 по системе TNM по отношению к опухоли мочевого пузыря означает все перечисленное, кроме

а) инвазии околопузырной клетчатки

б) перехода на простату

в) перехода на матку

г) перехода на брюшную стенку

д) перехода на стенку таза

173. T по отношению к опухоли мочевого пузыря означает

а) наличие отдаленных метастазов

б) обозначение множественных синхронных опухолей мочевого пузыря

в) обозначение метахронных опухолей

г) поражение мышечной стенки мочевого пузыря

д) метастатическое поражение лимфоузлов

174. G0 означает

а) низкодифференцированный рак

б) папиллому без признаков атипии

в) высокодифференцированный рак

г) малодифференцированный рак

д) соединительнотканная опухоль

175. По системе TNM II стадия - это

а) T1N0M0

б) T2N0M0

в) TаN0M0

г) T1N1M0

д) T3N0M0

176. По системе TNM III стадия - это

а) T3N0M0

б) T3N1M0

в) T1N1M0

г) T2N1M0

д) T1-2N2M0

177. По системе TNM IV стадия - это все перечисленное, кроме

а) T4N0M0

б) T1-4N1M0

в) T1-4N2M0

г) T1-4N0-3M1

д) T3N0M0

178. Методами лечения рака мочевого пузыря являются

а) хирургический

б) комбинированный

в) лучевой

г) гормонотерапия

д) сочетание а), б) и в)

179. Показаниями для трансуретральной электрокоагуляции или электрорезекции являются

а) папилломы

б) рак in situ

в) рак III-IV стадии

г) сочетание б) и в)

д) сочетание а) и б)

180. Показаниями для резекции стенки мочевого пузыря являются

а) стадии заболевания T1-3N0M0

б) генерализация процесса

в) инфильтрация шейки мочевого пузыря

г) прорастание предстательной железы

д) рак in situ

181. Методами лечения множественных папиллом мочевого пузыря являются

а) поэтапная трансуретральная электрорезекция

б) внутрипузырная химиотерапия

в) лучевая терапия

г) резекция стенки мочевого пузыря

д) цистэктомия

182. Методами лечения рецидивирующих папиллом являются все перечисленные, кроме

а) цистэктомии

б) поэтапной трансуретральной резекции (ТУР)

в) внутрипузырной химиотерапии

г) лучевой терапии

183. Методами лечения рака мочевого пузыря T1 являются

а) трансуретральная резекция

б) трансвезикальная электрорезекция

в) резекция стенки мочевого пузыря

г) однократная внутрипузырная химиотерапия + ТУР

д) сочетание в) и г)

184. При раке мочевого пузыря лучевая терапия применяется во всех перечисленных случаях, кроме

а) перед операцией

б) после операции

в) в самостоятельном плане

г) в сочетании с гормонотерапией

185. Показаниями для предоперационной лучевой терапии рака мочевого пузыря является

а) I стадия

б) II стадия

в) III стадия

г) сочетание а) и б)

д) сочетание б) и в)

186. Методика предоперационного облучения при раке мочевого пузыря предусматривает

а) по 4 Гр 5 фракция, СОД = 20 Гр

б) по 4 Гр ежедневно до СОД = 45 Гр

в) по 4 Гр ежедневно до СОД = 70-75 Гр

г) однократное облучение дозой 10-13 Гр

д) мультифракционирование до СОД = 40 Гр

187. Интервал между окончанием интенсивного предоперационного облучения и операцией при раке мочевого пузыря составляет

а) 24-48 часов

б) 72-96 часов

в) 7 дней

г) 2 недели

д) 1 месяц

188. Показаниями для послеоперационного облучения при раке мочевого пузыря являются

а) применяется во всех случаях

б) применяется после нерадикальных операций

в) применяется, если операция была произведена при T3

г) сочетание б) и в)

д) сочетание а) и б)

189. К факторам, влияющим на величину суммарной очаговой дозы (СОД) при послеоперационном облучении рака мочевого пузыря относятся все перечисленные, кроме

а) объема оперативного вмешательства

б) радикализма оперативного вмешательства

в) степени инвазии стенки мочевого пузыря

г) состояния мочевыделительной функции почек

190. Суммарная общая доза (СОД) при послеоперационном облучении при раке мочевого пузыря составляет

а) 45-50 Гр

б) 35-40 Гр

в) 55-60 Гр

г) сочетание а) и б)

д) сочетание б) и в)

191. Показаниями для лучевого лечения рака мочевого пузыря как самостоятельного метода являются все перечисленные, кроме

а) отказа больного от операции

б) неоперабельного рака при отсутствии отдаленных метастазов

в) операбельного рака при наличии противопоказаний к операции

г) кахексия

192. Противопоказаниями для лучевого лечения при раке мочевого пузыря являются все перечисленные, кроме

а) наличия свищей в соседние органы

б) наличия абсцессов в паравезикальной клетчатке

в) лейкопении

г) обтурации опухолью обоих устьев мочеточников

д) генерализации процесса

193. Противопоказаниями для лучевого лечения при раке мочевого пузыря являются все перечисленные, кроме

а) острой почечной недостаточности

б) уросепсиса

в) макрогематурии

г) пиелонефрита в стадии декомпенсации

д) общесоматической патологии в стадии декомпенсации

194. Относительными противопоказаниями для лучевого лечения рака мочевого пузыря являются все перечисленные, кроме

а) микроцистита

б) анемии

в) хронической субкомпенсированной почечной недостаточности

г) наличия мочепузырного свища, камней в мочевом пузыре

д) сдавления устья одного мочеточника

195. При лучевой терапии рака мочевого пузыря применяются все перечисленные виды облучения, кроме

а) дистанционной гамма-терапии

б) внутриполостной гамма-терапии

в) внутритканевой гамма-терапии

г) короткодистанционной рентгенотерапии

д) интраоперационной лучевой терапии

196. При лучевой терапии рака мочевого пузыря применяется все перечисленное, кроме

а) ортовольтной дистанционной лучевой терапии

б) сочетанной гамма-терапии

в) тормозного излучения

г) электронного излучения

д) нейтронного излучения

197. В объем облучения при лучевом лечении рака мочевого пузыря включаются

а) первичная опухоль

б) мочевой пузырь

в) мочевой пузырь, шейка мочевого пузыря, тазовая часть уретры

г) перивезикальная клетчатка и тазовые лимфатические узлы

д) сочетание в) и г)

198. При лучевом лечении величина суммарной очаговой дозы (СОД) составляет

а) 40-45 Гр

б) 50-60 Гр

в) 65-75 Гр

г) 80 Гр

д) 85 Гр

199. При лучевом лечении рака мочевого пузыря разовые очаговые дозы составляют

а) 1.3-1.5 Гр

б) 1.8-2 Гр

в) 3 Гр

г) 4 Гр

д) 5 Гр

200. При лучевом лечении рака мочевого пузыря по расщепленному курсу суммарная очаговая доза на 1 этапе составляет

а) 38-40 Гр

б) 20-30 Гр

в) 45 Гр

г) 50 Гр

д) 55 Гр

201. Продолжительность интервала между двумя этапами лучевого лечения рака мочевого пузыря по расщепленному курсу составляет

а) 2 недели

б) 4 недели

в) 5 недель

г) 6 недель

д) 7 недель

202. При местных рецидивах после хирургического вмешательства при раке мочевого пузыря применяются все перечисленные методы, кроме

а) повторной операции

б) комбинированного метода

в) лучевой терапии

г) химиолучевого лечения

д) иммунотерапии

203. Для внутрипузырной и системной химиотерапии рака мочевого пузыря используются все перечисленные препараты, кроме

а) ТиоТЭФа

б) циклофосфана

в) адриабластина

г) цис-платины

д) натулана

204. Больному 40 лет. Клинический диагноз - рецидивирующая папиллома мочевого пузыря в области боковой стенки, состояние после двух поэтапных трансуретральных резекций. Больному может быть рекомендована

а) цистэктомия

б) комбинированное лечение

в) внутрипузырная химиотерапия

г) лучевая терапия

д) сочетание в) и г)

205. Больному 75 лет. В результате клинического исследования выявлен рак мочевого пузыря T3NхM0, локализация процесса - боковая стенка с инфильтрацией шейки мочевого пузыря. Сопутствующие заболевания: постинфарктный коронарокардиосклероз, гипертоническая болезнь IIа стадии, хроническая ишемическая болезнь сердца. Больному можно рекомендовать

а) цистэктомию

б) предоперационную лучевую терапию с последующей цистэктомией

в) лучевую терапию по расщепленному курсу

г) внутрипузырную химиотерапию

д) системную химиотерапию

206. У больного 65 лет диагностирован рак мочевого пузыря T3NxM0. Гистологическое исследование опухоли выявило переходноклеточный рак. Локализация процесса - боковая стенка с распространением на устье одного из мочеточников. По данным рентгенологического, ультразвукового, радионуклидного исследования в почке на стороне поражения отмечается расширение чашечно- лоханочной системы и значительное снижение паренхиматозной и экстреторной функций. Клинически выражены проявления вторичного гнойного пиелонефрита. Больному следует рекомендовать

а) цистэктомию

б) консервативную тактику с применением противовоспалительной терапии гнойного пиелонефрита и после стихания воспалительных явлений - цистэктомию

в) лучевую терапию в сочетании с противовоспалительной терапией

г) трансуретральную резекцию опухоли

д) нефрэктомию, с последующей противовоспалительной и дезинтоксикационной терапией. После ликвидации проявлений воспаления и интоксикации лучевую терапию по расщепленному курсу

207. Больному 43 года. Диагноз - рак мочевого пузыря T1NxM0, гистологическое исследование опухоли - переходно-клеточный рак. Опухоль располагается на задней стенке мочевого пузыря в непосредственной близости с устьем одного из мочеточников. Признаков нарушения оттока мочи из почки не наблюдается. Больному следует рекомендовать

а) трансуретральную электрокоагуляцию

б) лучевую терапию с последующей операцией

в) резекцию стенки мочевого пузыря с неоуретероцистоанастомозом

г) в случае невозможности оперативного вмешательства - лучевую терапию

д) сочетание в) и г)

208. В радиологическое отделение онкодиспансера направлен больной 50-ти лет с диагнозом рак мочевого пузыря T2NхM0, состояние после резекции стенки мочевого пузыря. Гистологическое исследование операционного препарата показало, что инфильтрация достигала поверхностных отделов мышечного слоя. Опухоль удалена в пределах здоровых тканей. Интервал между выполнением операции и поступлением в радиологическое отделение составляет 1.5 мес. Лечебная тактика у данного больного включает

а) динамическое наблюдение

б) системную химиотерапию

в) внутрипузырную химиотерапию

г) послеоперационную дистанционную лучевую терапию суммарной очаговой дозой 50 Гр

д) послеоперационную дистанционную лучевую терапию суммарной очаговой дозой 75 Гр

209. Больному 55 лет. Диагноз - рак мочевого пузыря T3NxM0. В урологическом отделении ЦРБ произведена трансвезикальная электрорезекция опухоли. В послеоперационном периоде - цистит. Через три месяца после оперативного вмешательства больной направлен в радиологическое отделение для решения вопроса о лучевой терапии. Оцените характер оперативного вмешательства и что необходимо рекомендовать больному

а) операцию можно рассматривать как радикальную и больному рекомендуется динамическое наблюдение

б) операция нерадикальная, больному показана дистанционная лучевая терапия СОД 76 Гр по расщепленному курсу

в) объем оперативного вмешательства следует признать радикальным, с профилактической целью в послеоперационном периоде показана дистанционная лучевая терапия суммарной очаговой дозой 50 ГР

г) операция нерадикальная и рекомендуется повторное вмешательство в объеме цистэктомии

д) операция радикальная, с профилактической целью может проводиться внутрипузырная химиотерапия

210. У больного 65-ти лет - рецидив рака мочевого пузыря, после проведенной 2 года назад дистанционной лучевой терапии суммарной очаговой дозой 75 Гр. Ему следует рекомендовать

а) симптоматическую терапию

б) повторный курс лучевого лечения в той же дозе

в) внутрипузырную и системную химиотерапию

г) оперативное вмешательство в объеме цистэктомии

д) трансвезикальную электрокоагуляцию

211. 5-летняя выживаемость при I стадии рака мочевого пузыря составляет

а) 50-55%

б) 56-60%

в) 61-65%

г) 66-75%

д) больше 75%

212. 5-летняя выживаемость при II стадии рака мочевого пузыря составляет

а) 20-25%

б) 26-30%

в) 31-40%

г) 41-45%

д) больше 45%

213. 5-летняя выживаемость при III стадии рака мочевого пузыря составляет

а) 5-8%

б) 9-15%

в) 16-20%

г) 21-24%

д) 25-30%

214. Частота рака предстательной железы в структуре онкологических заболеваний в РФ составляет

а) 1-3%

б) 4-5%

в) 6-8%

г) 9-10%

д) 15-20%

215. Динамика заболеваемости раком предстательной железы

а) частота увеличивается

б) уменьшается

в) без динамики

г) возрастает у лиц физического труда

д) увеличивается у молодых людей

216. Рак предстательной железы среди злокачественных опухолей мужчин занимает

а) 1 место

б) 2 место

в) 3 место

г) 4 место

д) 5 место

217. Рак предстательной железы преимущественно встречается в возрасте

а) до 20 лет

б) до 30 лет

в) до 40 лет

г) до 50 лет

д) старше 50 лет

218. Предрасполагающими факторами для развития рака предстательной железы являются все перечисленные, кроме

а) ранней половой активности

б) нарушения корреляции андрогенов и эстрогенов

в) хронического простатита

г) аденомы предстательной железы

д) колита

219. Злокачественные опухоли предстательной железы могут быть представлены всеми перечисленными структурами, кроме

а) аденокарциномы

б) скиррозного рака

в) солидного рака

г) мелкоклеточного рака

д) плоскоклеточного рака

220. При раке предстательной железы чаще всего метастазами поражаются

а) печень

б) кости

в) головной мозг

г) легкие

д) почки

221. Ведущими симптомами рака предстательной железы являются все перечисленные, кроме

а) учащенных позывов к мочеиспусканию

б) затруднения при мочеиспускании

в) запоров

г) болей в крестце, пояснице, ногах

д) гематурии, гематоспермии

222. Основными методами диагностики рака предстательной железы являются все перечисленные, кроме

а) пальцевого исследования предстательной железы

б) пункции опухоли

в) УЗИ

г) определения уровня кислой и щелочной фосфатаз

д) рентгенографии таза

223. Основными методами диагностики распространенности рака предстательной железы являются все перечисленные, кроме

а) рентгенографии легких

б) цистографии

в) радионуклидного исследования скелета

г) УЗИ

д) лимфографии

224. Методами лечения рака предстательной железы являются все перечисленные, кроме

а) хирургического

б) лучевого

в) гормонотерапии

г) комбинированного

д) иммунотерапии

225. Объем оперативного вмешательства при раке предстательной железы

а) простаэктомия

б) орхиэпидимэктомия

в) аденомэктомия

г) сочетание а) и б)

д) сочетание б) и в)

226. Для лечения предстательной железы применяются все перечисленные гормоны, кроме

а) синэстрола

б) прогестерона

в) эстрацита

г) хонвана

д) микрофоллина

227. Наиболее частыми осложнениями гормонотерапии при раке предстательной железы являются все перечисленные, кроме

а) гинекомастии

б) тромбоза периферических вен, тромбоэмболии

в) нарушения мозгового кровообращения

д) диспепсии

228. К другим осложнениям гормонотерапии при раке предстательной железы можно отнести все перечисленные, кроме

а) увеличения массы тела

б) инфаркта миокарда

в) полиартрита

г) сердечно-сосудистой недостаточности

д) нарушения функции печени и почек

229. Показаниями к лучевой терапии рака предстательной железы являются все перечисленные, кроме

а) гиперэстрогении

б) первичной эстрогенорезистентности

в) вторичной эстрогенорезистентности

г) наличия сопутствующих сердечно-сосудистых заболеваний

д) наличия отдаленных метастазов

230. Для лучевого лечения рака предстательной железы применяются

а) дистанционная лучевая терапия

б) внутритканная гамма-терапия опухоли

в) дистанционная ортовольтная рентгенотерапия опухоли

г) сочетание а) и б)

д) сочетание б) и в)

231. Для лучевого лечения рака предстательной железы применяются все перечисленные отечественные аппараты, кроме

а) РУМ-17

б) линейные ускорители (ЛУЭ-15М)

в) РОКУС-М

г) АГАТ-Р

д) АГАТ-С

232. При лучевой терапии при раке предстательной железы в зону облучения включаются все перечисленные, за исключением

а) предстательной железы

б) предстательной железы и зоны лимфооттока

в) гипофиза

г) яичек, надпочечников и гипофиза

233. Методами дистанционной лучевой терапии при локальном воздействии на предстательную железу является все перечисленное, кроме

а) круговой ротации

б) двухсекторного одноцентрового облучения

в) эксцентрической ротации

г) трехпольного облучения

д) четырехпольного облучения

234. Разовые очаговые дозы при дистанционном облучении рака предстательной железы составляют

а) 1.2-1.5 Гр

б) 1.8-2.0 Гр

в) 2.5 Гр

г) 3.0-3.5 Гр

д) 5 Гр

235. Суммарная очаговая доза при раке предстательной железы составляет

а) 35-40 Гр

б) 45-50 Гр

в) 55-60 Гр

г) 65 Гр

д) 70-80 Гр

236. Для внутритканевой лучевой терапии рака предстательной железы применяются все перечисленные радионуклиды, кроме

а) 60Co

б) 198Au

в) 125J

г) 137Cs

д) 252Cf

237. При химиотерапии рака предстательной железы применяются все перечисленные препараты, кроме

а) 5-фторурацила

б) циклофосфана

в) натулана

г) адриабластина

д) цис-платины

238. Суммарная очаговая доза при лучевой терапии рака предстательной железы в кости составляет

а) 20-25 Гр

б) 30-35 Гр

в) 40-45 Гр

г) 50-60 Гр

д) 65 Гр

239. Эстрогенрезистентными формами рака предстательной железы являются все перечисленные, кроме

а) слизепродуцирующей аденокарциномы

б) плоскоклеточного рака

в) аденокарциномы высокой степени дифференцировки

г) скиррозного и солидного рака

д) переходно-клеточного рака

240. Непосредственные результаты лучевого лечения больных раком предстательной железы

а) 30%

б) 40%

в) 50%

г) 60%

д) 80%

241. Результаты лучевого лечения больных раком предстательной железы III стадии (5-летняя выживаемость) составляет

а) 30%

б) 40%

в) 50%

г) 60%

д) 80%

242. Средние показатели 5-летней выживаемости больных раком предстательной железы составляют

а) 20-25%

б) 30-39%

в) 40-50%

г) 51-59%

д) 60-65%

243. Методы лечения высокодифференцированной аденокарциномы предстательной железы I и II стадии включают

а) хирургический

б) хирургический метод в сочетании с гормонотерапией

в) лучевой метод в сочетании с гормонотерапией

г) лучевой метод отдельно

д) комплексный - гормонотерапия, лучевая терапия, химиотерапия

244. Методы лечения низкодифференцированного и недифференцированного железистого рака предстательной железы включают

а) простатэктомию и орхиэпидимэктомию

б) гормонотерапию

в) лучевую терапию

г) химиотерапию

д) простатэктомию, лучевую терапию, химиотерапию

245. Методы лечения эстрогенрезистентных форм рака предстательной железы включают

а) простатэктомию и орхиэпидимэктомию

б) гормонотерапию

в) полихимиотерапию

г) лучевую терапию

д) правильно в) и г)

246. Методы лечения больных раком предстательной железы при наличии метастатического поражения тазовых и парааортальных лимфатических узлов при гистологической форме опухоли - высокодифференцированная аденокарцинома - включают

а) простатэктомию и орхиэпидимэктомию

б) простатэктомию, орхиэпидимэктомию и гормонотерапию

в) простатэктомию и орхиэпидимэктомию с последующей гормоно- и лучевой терапией локально на область предстательной железы

г) простатэктомию и орхиэпидимэктомию в сочетании с последующей гормонотерапией и лучевой терапией дифференцированно на область предстательной железы и зон регионарного метастазирования

262. Частота рака прямой кишки в структуре онкологических заболеваний составляет

а) 2-10%

б) 21-30%

в) 31-40%

г) 41-50%

д) 51-60%

263. Среди злокачественных опухолей рак прямой кишки занимает

а) 1 место

б) 6 место

в) 10 место

г) 15 место

д) 20 место

264. Среднегодовой прирост заболеваемости раком прямой кишки составляет

а) 7%

б) 10%

в) 12%

г) 15%

д) 18%

265. Среди опухолей желудочно-кишечного тракта рак прямой кишки занимает

а) 1 место

б) 2 место

в) 3 место

г) 4 место

д) 5 место

266. Среди опухолей толстого кишечника рак прямой кишки составляет

а) 10-20%

б) 21-30%

в) 31-40%

г) 41-60%

д) 70-80%

267. Чаще всего раком прямой кишки поражаются лица в возрасте

а) до 30 лет

б) 30-40 лет

в) 40 лет и старше

268. Удельный вес больных при раке прямой кишки IV стадии составляет

а) 10%

б) 15-20%

в) 21-29%

г) 30-40%

д) 50-60%

269. Факторами, способствующими развитию рака прямой кишки являются все перечисленные, кроме

а) гиподинамии

б) нарушения жирового обмена

в) кишечного дисбактериоза

г) наличия ворсинчатых полипов кишечника

д) наличия парапроктита

270. Облигатными предраковыми заболеваниями прямой кишки являются все перечисленные, кроме

а) ворсинчатых полипов

б) полипоза кишечника

в) наследственного полипоза

г) парапроктита

271. Основными гистологическими формами рака прямой кишки являются все перечисленные, кроме

а) аденокарциномы различной степени дифференцировки

б) слизистой аденокарциномы

в) плоскоклеточного рака

г) низкодифференцированного рака

д) мелкоклеточного рака

272. Путями регионарного метастазирования при раке прямой кишки являются все перечисленные, кроме

а) ано-ректальных лимфатических узлов

б) внутренних подвздошных лимфатических узлов

в) общих подвздошных лимфатических узлов

г) мезентериальных лимфатических узлов

д) парааортальных лимфатических узлов

273. Паховые лимфатические узлы при раке прямой кишки являются регионарными при поражении

а) анального кольца

б) анального канала

в) нижне-ампулярного отдела

г) средне-ампулярного отдела

д) верхне-ампулярного отдела

274. Отдаленные метастазы при раке прямой кишки чаще всего возникают

а) в печени

б) в легких

в) в костях

г) правильно б) и в)

д) правильно а) и б)

275. Основными клиническими симптомами рака прямой кишки являются все перечисленные, кроме

а) наличия патологических выделений примеси крови и слизи в кале, изменения формы кала

б) болей в области прямой кишки

в) тенезмов

г) функциональных расстройств кишечника

д) нарушения сна

276. Обязательными для рака прямой кишки являются все перечисленные методы диагностики, кроме

а) пальцевого исследования кишки

б) ректороманоскопии

в) фиброколоноскопии

г) биопсии

д) определения уровня карциноэмбрионального антигена

277. К методам диагностики рака прямой кишки относятся все перечисленные, кроме

а) рентгенологического исследования

б) компьютерной томографии

в) УЗИ

г) радионуклидного метода

278. По системе TNM II стадия рака прямой кишки - это

а) T2N0M0

б) T3N0M0

в) T1-2N1M0

г) сочетание а) и в)

д) сочетание а) и б)

279. III стадия рака прямой кишки по системе TNM - это все перечисленное, кроме

а) T4N0M0

б) T4N1M0

в) T3N1M0

г) T3N2M0

д) T1-2N1M0

280. IV стадия рака прямой кишки по системе TNM - это все перечисленное, кроме

а) T4N1M0

б) T1-2N2M0

в) T3-4N2M0

г) T1-4N3M0

д) T1-4N0-3M1

281. Методами лечения рака прямой кишки являются все перечисленные, кроме

а) хирургического

б) лучевого

в) химиотерапевтического

г) комбинированного

д) гормонотерапии

282. Показаниями к назначению лучевого лечения больных раком прямой кишки является все перечисленное, кроме

а) неоперабельности опухоли из-за местной распространенности процесса без признаков отдаленного метастазирования

б) генерализации процесса

в) отказа больного от радикального оперативного вмешательства

г) отказа больному в радикальном оперативном вмешательстве из-за выраженных сопутствующих заболеваний

283. Комбинированное лечение при раке прямой кишки включает все перечисленные методы, кроме

а) операции и последующего послеоперационного лучевого лечения

б) предоперационного лучевого воздействия и радикального оперативного вмешательства

в) предоперационного лучевого лечения, радикального оперативного вмешательства и при показаниях - послеоперационной лучевой терапии

г) предоперационного химиолучевого воздействия и радикального оперативного вмешательства

284. Показаниями к назначению комбинированного лечения рака прямой кишки являются

а) рак прямой кишки T1NxM0

б) рак прямой кишки T2NxM0

в) рак прямой кишки T3NxM0

г) рак прямой кишки T4NxM0

д) сочетание б) и в)

285. Противопоказаниями к назначению комбинированного лечения рака прямой кишки является все перечисленное, кроме

а) генерализации процесса

б) кахексии

в) сопутствующих заболеваний эндокринной системы

г) сопутствующих заболевания сердечно-сосудистой и легочной систем в стадии субкомпенсации

д) заболевания костной системы

286. Относительными противопоказаниями к назначению лучевого лечения больных раком прямой кишки являются

а) кишечная непроходимость

б) парапроктит

в) сопутствующие общесоматические заболевания легкой степени

г) солитарные метастазы в отдаленные органы

д) сочетание а) и б)

287. Абсолютными противопоказаниями к лучевому лечению рака прямой кишки являются все перечисленные, кроме

а) прорастания опухоли в соседние органы

б) генерализации процесса

в) кахексии

г) сахарного диабета

д) сердечно-сосудистой недостаточности в стадии декомпенсации

288. Современные методы лучевого лечения рака прямой кишки включают все перечисленное, кроме

а) дистанционной гамма-терапии

б) внутриполостной гамма-терапии

в) сочетанной лучевой терапии

г) тормозного излучения

д) глубокой рентгенотерапии

289. Опухолями прямой кишки, отличающимися наибольшей радиочувствительностью, являются

а) аденокарцинома

б) плоскоклеточный рак

в) злокачественная меланома

г) коллоидный рак

д) саркома

290. Виды комбинированного лечения операбельных форм рака прямой кишки

а) интенсивная предоперационная дистанционная лучевая терапия РОД 4-5 Гр до СОД 20 Гр, оперативное вмешательство через 24-48 час

б) интенсивная предоперационная дистанционная лучевая терапия РОД 6.5 Гр до СОД 19.5 Гр и операция через 24-48 час

в) предоперационная дистанционная лучевая терапия дробнопротяжным способом РОД 2 Гр до СОД 40 Гр с последующей операцией через 2-3 недели

г) предоперационная дистанционная лучевая терапия дробнопротяжным способом РОД 2 Гр до СОД 50 Гр и радикальное оперативное вмешательство через 4 недели

д) сочетание а) и б)

291. Сочетанная лучевая терапия - это

а) дистанционное облучение + внутриполостное облучение на аппарате АГАТ-В

б) дистанционное облучение + внутритканевое облучение

в) дистанционное облучение + короткодистанционная рентгенотерапия

г) сочетание а) и в)

д) сочетание б) и в)

292. Суммарная очаговая доза при сочетанном лучевом лечении рака прямой кишки составляет

а) 60 Гр

б) 70 Гр

в) 72-75 Гр - 85 Гр

г) 90-95 Гр

д) 1-120 Гр

293. Расчет разовой дозы при внутриполостном облучении рака прямой кишки определяется

а) по клетчатке малого таза

б) по подслизистому слою прямой кишки

в) по слизистой оболочке

г) по регионарным лимфатическим узлам

д) по основанию инфильтрата

294. Разовая очаговая доза при внутриполостном облучении рака прямой кишки на аппарате АГАТ-В в плане самостоятельного сочетанного лучевого лечения составляет

а) 3-5 Гр

б) 6-8 Гр

в) 10-12 Гр

г) 13-15 Гр

д) 16-20 Гр

295. Клинические проявления ранних местных лучевых реакций выражаются всем перечисленным, кроме

а) патологических выделений из прямой кишки

б) тенезмов

в) чувства жжения кожи промежности

г) запоров

296. Поздние лучевые терапии после окончания сочетанного лучевого лечения появляются в сроки

а) 1 мес

б) 6 мес

в) 1 год - 1.5 года

г) 2 года

д) 3-5 лет

297. К факторам, влияющим на выбор суммарной дозы послеоперационного облучения относятся

а) характер и радикализм оперативного вмешательства

б) показатели гемопоэза

в) степень инвазии стенки мочевого пузыря

г) сочетание а) и б)

д) сочетание а) и в)

298. Допустимый интервал между радикальной операцией и послеоперационным облучением должен составлять

а) не более 2 мес

б) не менее 6 мес

в) в пределах 1 года

г) продолжительность интервала не имеет значения

д) в случаях увеличения интервала более 2 мес больной остается под динамическим наблюдением

299. Суммарные очаговые дозы послеоперационного облучения в случаях радикального оперативного вмешательства

а) 20 Гр

б) 45-50 Гр

в) 70 Гр

г) 80-100 Гр

д) 1-120 Гр

300. Предоперационная дистанционная гамма-терапия показана при следующих стадиях рака прямой кишки

а) I стадия

б) II стадия

в) II-III стадия

г) III стадия

д) III-IV стадия

301. Методами комбинированного лечения у больных раком прямой кишки являются все перечисленные, кроме

а) интенсивной предоперационной дистанционной лучевой терапии РОД 4-5 Гр до СОД 20 Гр, операция через 24-48 час.

б) однократного предоперационного облучения дозой 15 Гр, операция через 1-2 дня

в) предоперационной дистанционной лучевой терапии дробнопротяжным методом РОД 2 Гр до СОД 40 Гр с последующим радикальным оперативным вмешательством через 2-3 недели

г) предоперационной дистанционной лучевой терапии дробнопротяжным способом РОД 2 Гр до СОД 50 Гр и радикальное оперативное вмешательство через 4 недели

д) радикального оперативного вмешательства и послеоперационной дистанционной лучевой терапии СОД 40 Гр

302. К методам лечения поздних местных лучевых реакций относятся все перечисленные, кроме

а) лечебных микроклизм

б) свечей с анальгетиками

в) новокаиновых блокад

г) парантерального питания

303. Клиническими проявлениями локальных и регионарных рецидивов являются все перечисленные, кроме

а) болевого синдрома

б) нарушения функции кишечника

в) тенезмов

г) патологических выделений

д) снижения аппетита

304. Методами диагностики рецидивов рака прямой кишки являются все перечисленные, кроме

а) осмотра больного, пальцевого исследования

б) УЗИ

в) компьютерной томографии

г) цитологического или морфологического подтверждения

д) термографии

305. Больной 52 года. При клиническом исследовании выявлен железистый рак нижнеампулярного отдела кишки T2NxM0. Сопутствующие заболевания: ожирение III ст., атеросклеротический коронарный кардиосклероз, сахарный диабет средней степени. Ей следует рекомендовать

а) радикальную операцию

б) облучение + операцию

в) сочетанную лучевую терапию

г) сочетание а) и в)

д) сочетание а) и б)

306. Больному 40 лет. Клинический диагноз: рак средне-ампулярного отдела прямой кишки T4NxM0. Гистологическое исследование - железистый рак. Сопутствующей патологии не выявлено. В радикальном оперативном лечении больному из-за распространенности процесса отказано. В данном случае ему может быть рекомендовано

а) наложение разгрузочной колостомы, химиотерапия фторурацилом или фторафуром

б) дистанционная лучевая терапия в плане условно комбинированного лечения и в случае достижения операбельности - радикальное оперативное вмешательство

в) химиолучевое лечение

г) сочетание а) и б)

д) сочетание б) и в) + операция

307. У больного 45 лет при клиническом исследовании выявлен плоскоклеточный рак анального канала T2NxM0. От предлагаемого радикального хирургического лечения он категорически отказывается. В этом случае ему можно рекомендовать

а) сочетанную лучевую терапию (дистанционная + внутриполостная)

б) лучевую терапию по расщепленному курсу до суммарной очаговой дозы 75-80 Гр

в) химиотерапию (фторурацил, фторафур)

г) сочетание а) и в)

д) сочетание а) и б)

308. Методами лечения рецидивов рака прямой кишки являются все перечисленные, кроме

а) повторного оперативного вмешательства

б) химиолучевого лечения

в) лучевой терапии

г) химиотерапевтического лечения

д) гормонального лечения

309. Предлучевая подготовка при рецидивах рака прямой кишки включает

а) рентгенографию в прямой и боковой проекциях малого таза

б) рентгенографию малого таза с контрастированными полыми органами

в) рентгенографию малого таза с контрастированными полыми органами, составление топометрической карты

г) исследование гемопоэза

д) рентгенографию органов грудной клетки

310. Суммарные очаговые дозы при лучевом лечении рецидивов рака прямой кишки составляют

а) 40 Гр

б) 50 Гр

в) 70-90 Гр

г) 90-1 Гр

д) 1-120 Гр

311. 5-летняя выживаемость после комбинированного лечения рака прямой кишки составляет

а) 80% и выше

б) 70-75%

в) 55-60%

г) 40-50%

д) 20-35%

312. Больному 70 лет, поступает с клиническими проявлениями острой кишечной непроходимости. Из анамнеза известно, что в течение последних 6 мес беспокоили тенезмы, примесь крови в кале, запоры. Сопутствующие заболевания: постинфарктный коронарокардиосклероз, гипертоническая болезнь IIа ст. При клиническом исследовании выявлен рак средне-ампулярного отдела прямой кишки T4NxM0. Ему необходимо

а) срочная лапаротомия, ревизия брюшной полости, наложение разгрузочной колостомы, при отсутствии регионарных и отдаленных метастазов - удаление опухоли

б) комбинированное лечение предоперационная лучевая терапия и радикальное оперативное вмешательство

в) лучевое лечение

г) срочная лапаротомия, ревизия брюшной полости, наложение разгрузочной колостомы, при отсутствии отдаленных метастазов в последующем химиолучевое лечение

313. У больного 40 лет при клиническом исследовании диагностирован рак средне-ампулярного отдела прямой кишки T2NxM0. Гистологический тип опухоли - аденокарцинома средней степени дифференцировки. Сопутствующей патологии не наблюдается. Больному следует рекомендовать

а) радикальное хирургическое лечение

б) комбинированное лечение: предоперационная лучевая терапия в режиме среднего фракционирования дозы РОД 5 Гр - 4 фракции до СОД 20 Гр, радикальная операция через 24-48 часов после окончания облучения

в) лучевая терапия

г) химиолучевое лечение

д) иммунотерапия

**9. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ГЕМОБЛАСТОЗОВ**

001. Среди злокачественных опухолевых заболеваний крови лимфогрануломатоз встречается

а) в 10% случаев

б) в 20% случаев

в) в 30% случаев

г) в 40% случаев

д) в 50% случаев

002. Лимфогрануломатоз чаще всего встречается в возрасте

а) до 5 лет

б) от 6 до 14 лет

в) от 15 до 55 лет

г) старше 55 лет

д) старше 70 лет

003. Наиболее благоприятными в прогностическом отношении являются следующие клинические формы лимфогрануломатоза

а) шейно-надключичная

б) подмышечная

в) медиастинальная

г) мезентериальная

д) пазово-подвздошная

004. Возможны все перечисленные морфологические варианты лимфогрануломатоза, за исключением

а) лимфоидного преобладания

б) нодуляторного склероза

в) ретикулосаркомы

г) смешанно-клеточного варианта

д) лимфоидного истощения

005. К общим симптомам лимфогрануломатоза (Б) относятся все перечисленные, кроме

а) лихорадки (до 38шC)

б) профузных ночных потов

в) похудания (потеря 10% массы тела)

г) зуда

д) слабости

006. Благоприятный прогноз имеют следующие морфологические варианта лимфогрануломатоза

а) лимфоидное преобладание

б) нодулярный склероз

в) смешанно-клеточный вариант

г) лимфоидное истощение

д) правильно а) и б)

007. Для диагностики лимфогрануломатоза и его стадии заболевания применяются все перечисленные методы исследования, кроме

а) осмотра и пальпации

б) рентгенографии и томографии легких

в) пункции лимфатического узла

г) биопсии лимфатического узла

д) трепанобиопсии крыла подвздошной кости

008. Для диагностики лимфогрануломатоза и его стадии применяются все перечисленные методы исследования, кроме

а) клинического и биохимического анализа крови

б) радионуклидного исследования печени, селезенки, почек, костей, лимфатических узлов

в) лимфографии

г) лапароскопии

д) стадирующей лапаротомии

009. Для лечения лимфогрануломатоза применяются все перечисленные методы лечения, кроме

а) лучевого

б) химиотерапевтического

в) хирургического

г) комплексного

д) гормонотерапии

010. Лучевая терапия в самостоятельном плане применяется при лимфогрануломатозе

а) в IA стадии

б) в IIA стадии

в) в IIIA стадии

г) в IIБ стадии

д) сочетание а) и б)

011. Радикальная программа лучевой терапии при лимфогрануломатозе - это

а) локальное облучение пораженных групп лимфатических узлов

б) облучение пораженных и смежных групп лимфатических узлов

в) облучение клинически и рентгенологически определяемых групп лимфатических узлов и зон возможного субклинического поражения выше и ниже диафрагмы

г) облучение при IA и IIA стадиях всех лимфатических узлов выше диафрагмы (шейная, медиастинальная и подмышечные формы)

д) облучение при IA и IIA стадиях всех групп узлов ниже диафрагмы (пахово- подвздошная форма)

012. Для проведения радикальной программы лучевой терапии при лимфогрануломатозе применяются все перечисленные методы, кроме

а) дистанционной ортовольтной рентгенотерапии

б) тормозного излучения высоких энергий

в) электронов

г) дистанционной гамма-терапии

013. Для лучевого лечения лимфогрануломатоза применяются все перечисленные аппараты, кроме

а) РУМ-17

б) РОКУС-М

в) АГАТ-Р

г) АГАТ-С

д) ЛУЭ-15м

014. Разовая очаговая доза при лечении лимфогрануломатоза составляет

а) 1.2-1.5 Гр

б) 1.8-2.0 Гр

в) 2.2-2.4 Гр

г) 2.5 Гр

д) 3 Гр

015. Суммарная очаговая доза на зоны субклинического метастазирования при лимфогрануломатозе составляет

а) 30 Гр

б) 35 Гр

в) 40-45 Гр

г) 50 Гр

д) 20-25 Гр

016. Суммарная очаговая доза (локально) на сформировавшиеся очаги поражения при лимфогрануломатозе составляет

а) 35 Гр

б) 40-45 Гр

в) 50-55 Гр

г) 60-65 Гр

д) 70 Гр

017. Противопоказаниями для радикального лучевого лечения лимфогрануломатоза являются все перечисленные, кроме

а) возраста старше 50 лет при избыточном весе

б) IIIБ-IV стадии

в) наличия тяжелых декомпенсированных заболеваний сердца, легких и других органов

г) наличия выраженных общих симптомов

д) неблагоприятного гистологического варианта при IIA и IIIA стадиях

018. При лучевом лечении лимфогрануломатоза облучение проводится

а) с двух встречных полей

б) с двух полей под углом

в) с двух встречных полей с использованием решетчатых диафрагм

г) с четырех полей

д) ротации 360ш

019. При облучении лимфатических узлов выше диафрагмы защите подлежат все перечисленные органы, кроме

а) шейного отдела спинного мозга

б) грудного отдела спинного мозга

в) гортани

г) сердца

д) легких

020. При облучении узлов ниже диафрагмы защите подлежат все органы, кроме

а) почек

б) половых органов

в) кишечника

г) мочевого пузыря

д) ампулы прямой кишки

021. При лекарственном лечении лимфогрануломатоза используются все перечисленные препараты, кроме

а) ТиоТЭФа

б) циклофосфана

в) винбластина

г) натулана

д) адреамицина

022. При лекарственном лечении лимфогрануломатоза не используются все перечисленные препараты, кроме

а) винкристина

б) мустаргена (эмбихина)

в) 5-фторурацила

г) дегранола

д) лейкерана

023. Химиотерапия при лимфогрануломатозе применяется как I этап лечения (1-3 курса) при всем перечисленном, кроме

а) выраженных общих симптомов

б) при IIIБ стадии

в) в случае IV стадии

г) при неблагоприятном морфологическом варианте независимо от стадии

024. 5-летняя выживаемость при I-IIA стадиях лимфогрануломатоза

а) 50%

б) 60%

в) 70%

г) 80%

д) 90% и более

035. Тактика лечения включает

а) 1-2 курса полихимиотерапии + облучение пахово-подвздошных лимфатических узлов, выполнение стадирующей лапаротомии (поражения селезенки, печени, забрюшинных узлов не выявлено), облучение узлов (верхний этаж) до диафрагмы, курс ПХТ, облучение парааортальных узлов и ворот селезенки, 3 курса полихимиотерапии

б) 9-12 полихимиотерапии

в) облучение пораженных групп узлов + ПХТ

г) стадирующая лапаротомия + облучение узлов ниже диафрагмы + полихимиотерапия

д) радикальную программы лучевой терапии

036. Для установления диагноза и стадии заболевания неходжкинской лимфомы применяются все перечисленные методы исследования, кроме

а) пункции лимфатических узлов

б) биопсии узла

в) рентгенографии и томографии легких

г) лимфографии

д) радионуклидного исследования почек, печени, селезенки

037. В первом этапе при неходжкинских лимфомах независимо от стадии заболевания применяются

а) локальное облучение увеличенных узлов или органа

б) монохимиотерапия

в) полихимиотерапия

г) радикальная программа лучевой терапии

д) правильно а) и г)

038. Проведение радикальной программы лучевой терапии неходжкинской лимфомы возможно при следующих стадиях (Энн Арбор)

а) I

б) II

в) III

г) IV

д) сочетание а) и б)

039. Для лучевой терапии неходжкинской лимфомы применяются следующие виды излучения

а) дистанционная ортовольтная рентгенотерапия

б) тормозное излучение высокой энергии

в) дистанционная гамма-терапия

г) сочетание а) и б)

д) сочетание б) и в)

040. Лучевая терапия по радикальной программе при неходжкинской лимфоме - это

а) локальное облучение пораженных групп лимфатических узлов

б) облучение пораженных и смежных с пораженными группами лимфатических узлов

в) облучение клинически и рентгенологически определяемых групп лимфатических узлов и зон возможного субклинического поражения выше и ниже диафрагмы

г) облучение при IA и IIA стадиях всех групп лимфатических узлов выше диафрагмы (при первичном поражении ЛТМ верхних групп и лимфоузлов)

д) облучение при IA и IIA стадиях лимфатических узлов ниже диафрагмы (при первичном поражении паховых или подвздошных групп лимфатических узлов)

041. Для разрушения опухолевого узла при неходжкинской лимфоме необходимы суммарные очаговые дозы (СОД)

а) 10-15 Гр

б) 20-25 Гр

в) 30-35 Гр

г) 40-60 Гр

д) 65 Гр

042. Для воздействия на зоны субклинического метастазирования при неходжкинской лимфоме подводятся суммарные очаговые дозы, равные

а) 10-15 Гр

б) 20-25 Гр

в) 30-35 Гр

г) 50 Гр

д) 55 Гр

043. Для профилактики лучевых осложнений при неходжкинской лимфоме величина ВДФ в максимуме ионизации не должна превышать

а) 20 ед.

б) 40 ед.

в) 60 ед.

г) 80 ед.

д) 100 ед.

044. Облучение при неходжкинской лимфоме может проводиться на всех перечисленных аппаратах, кроме

а) РОКУС-М

б) РУМ-17

в) ЛУЭ-15М

г) АГАТ-Р

д) АГАТ-С

045. Суммарная очаговая доза (СОД) на спинной мозг при неходжкинской лимфоме не должна превышать

а) 30 Гр

б) 40 Гр

в) 45 Гр

г) 50 Гр

д) 55 Гр

046. При хроническом лимфолейкозе применяются следующие методы лечения

а) хирургический

б) химиотерапевтический

в) химиолучевой

г) лучевая терапия

д) сочетание б) и в)

047. При хроническом лимфолейкозе применяются следующие методы лучевой терапии

а) дистанционная гамма-терапия

б) дистанционная рентгенотерапия

в) короткодистанционная рентгенотерапия

г) внутритканевая терапия

д) внутриполостная терапия

048. Показаниями к применению лучевой терапии при хроническом лимфолейкозе являются

а) самостоятельный метод лечения

б) отсутствие чувствительности к химиопрепаратам

в) рецидив в области лимфатических узлов на фоне проводимой поддерживающей химиотерапии

г) сочетание б) и в)

д) сочетание а) и б)

049. Объем облучения при хроническом лимфолейкозе охватывает

а) радикальную программу лучевой терапии

б) локальное облучение пораженных групп лимфатических узлов

в) тотальное облучение всего тела

г) облучение узлов выше диафрагмы

д) облучение узлов ниже диафрагмы

050. СОД облучения узлов при хроническом лимфолейкозе составляет

а) 5-9 Гр

б) 10-19 Гр

в) 20-29 ГР

г) 30-40 Гр

д) 45-50 Гр

051. При прогрессировании заболевания хроническим лимфолейкозом основными методами лечения являются

а) хирургический

б) химиотерапия

в) лучевая терапия

г) химиолучевое лечение

д) сочетание б) и г)

052. Показаниями к применению лучевой терапии при хроническом миелолейкозе являются

а) наличие выраженной спленомегалии

б) наличие высокого лейкоцитоза и спленомегалии при малой эффективности химиотерапии

в) наличие бластного криза

г) сочетание б) и в)

д) сочетание а) и б)

053. Для лечения хронического миелолейкоза применяются следующие методы лучевой терапии

а) дистанционная гамма-терапия

б) дистанционная ортовольтная рентгенотерапия

в) короткодистанционная рентгенотерапия

г) сочетание а) и в)

д) сочетание а) и б)

054. В зону облучения при хроническом миелолейкозе включаются

а) все группы лимфатических узлов

б) область селезенки

в) все тело

г) сочетание а) и б)

д) сочетание б) и в)

055. Размеры полей при облучении селезенки в случае хронического миелолейкоза составляют

а) 6х8 см

б) 8х8 см

в) 10х12 см

г) 10х14 см

д) размеры полей определяются в соответствии с размерами селезенки

056. Величина разовых очаговых доз на область селезенки при хроническом миелолейкозе составляет

а) 0.1-0.3 Гр

б) 0.5-1.0 Гр

в) 1.2-1.5 Гр

г) 1.8-2.0 Гр

д) 2.2-2.5 Гр

057. Критериями для окончания лучевой терапии при хроническом миелолейкозе являются все перечисленные, кроме

а) снижения числа лейкоцитов до 1015

б) уменьшения селезенки до нормальных размеров и снижение числа лейкоцитов до 8-10

в) ухудшения общего состояния, появление бластного криза

г) снижения числа лейкоцитов до 20-40

058. Показаниями для профилактики нейролейкоза при достижении консолидации острого лейкоза являются

а) острый лимфобластный лейкоз

б) хронический лимфолейкоз

в) возраст больных 15-35 лет

г) сочетание а) и б)

д) сочетание а) и в)

059. Методами профилактики нейролейкоза являются

а) интратекальное введение химиопрепаратов

б) облучение головного мозга

в) облучение спинного мозга

г) курсовая полихимиотерапия

д) сочетание а), б) и в)

060. Величина разовых очаговых доз при лучевой терапии нейролейкемии при остром лейкозе и хроническом миелолейкозе составляет

а) 0.5-0.7 Гр

б) 0.8-1.0 Гр

в) 1.2-1.4 Гр

г) 1.6-1.8 Гр

д) 2 Гр

061. Суммарная очаговая доза при лучевой терапии нейролейкемии при остром лейкозе и хроническом миелолейкозе

а) 10 Гр

б) 15-20 Гр

в) 23-25 Гр

г) 27-30 Гр

д) 30-35 Гр

062. Допустимая величина ВДФ на головной и спинной мозг при лучевой терапии нейролейкемии при остром лейкозе и хроническом миелолейкозе составляет

а) 10-15 ед.

б) 20-25 ед

в) 30-35 ед.

г) 40 ед.

д) 45-50 ед.

063. Методами лечения при солитарной форме миеломной болезни являются

а) хирургический

б) химиотерапевтический

в) лучевой

г) химиолучевой

д) сочетание б) и г)

064. Показаниями к лучевой терапии при миеломной болезни являются

а) солитарное поражение костей без клинических проявлений

б) выраженный болевой синдром при диффузной форме заболевания

в) наличие компрессии позвонков с болевым синдромом

г) сочетание б) и в)

д) сочетание а) и б)

065. Разовые очаговые дозы при лучевой терапии миеломной болезни составляют

а) 0.5-0.8 Гр

б) 1.0-1.3 Гр

в) 1.4-1.6 Гр

г) 1.7-2.0 Гр

д) 2.2-2.5 Гр

066. Суммарная очаговая доза при лечении миеломной болезни составляет

а) 10-15 Гр

б) 20-25 Гр

в) 30-35 Гр

г) 40-60 Гр

д) 55-60 Гр

**10. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОПУХОЛЕЙ ПРОЧИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ**

001. Предрасполагающими факторами опухолей желудка являются все перечисленные, кроме

а) нерегулярности питания, приема очень горячей пищи, частого употребления солений, специй, копченостей

б) гиповитаминоза

в) злоупотребления алкоголем

г) курения

д) запоров

002. Предраковыми состояниями желудка являются все перечисленные, кроме

а) хронического гастрита

б) язвенной болезни желудка

в) полипов и полипоза желудка

г) актиномикоза желудка

д) гиперплазии слизистой желудка

003. Основными симптомами рака желудка являются все перечисленные, кроме

а) снижения аппетита, вплоть до отвращения к пище (особенно к мясу)

б) похудания

в) тошноты, отрыжки тухлым, рвоты

г) усиленной перистальтики кишечника

д) болей в эпигастрии

004. Основными морфологическими формами рака желудка являются все перечисленные, кроме

а) аденокарциномы

б) малодифференцированной карциномы

в) переходноклеточного рака

г) плоскоклеточного рака

д) аденоакантомы

005. Основными зонами лимфогенного метастазирования при раке желудка являются все перечисленные, кроме

а) лимфатических узлов вдоль большой кривизны

б) ретропилорических узлов

в) лимфатических узлов вдоль малой кривизны и по ходу левых желудочных сосудов

г) лимфатических узлов в желудочно-ободочнокишечной связке

д) пахово-подвздошных узлов

006. Отдаленные метастазы при раке желудка чаще всего обнаруживаются

а) в печени

б) в поджелудочной железе

в) в легких

г) в костях

д) в центральной нервной системе

007. Основными методами диагностики рака желудка являются

а) осмотр и пальпация

б) рентгенологическое исследование

в) фиброгастроскопия с биопсией

г) сочетание а) и в)

д) сочетание а), б) и в)

008. Основными методами диагностики распространенности рака желудка являются все перечисленные, кроме

а) пальпации, ректального или ректовагинального исследований

б) радионуклидного исследования печени, костей

в) рентгенографии легких

г) лапароскопии

д) диагностического пневмоперитонеума

009. Методами лечения рака желудка являются

а) оперативный метод

б) лучевое лечение

в) химиотерапия

г) сочетание а), б) и в)

д) сочетание а) и б)

010. При раке желудка применяются все перечисленные виды лучевой терапии, кроме

а) дистанционной гамма-терапии

б) тормозного излучения высокой энергии

в) интраоперационной электронной терапии

г) внутриполостной бета-терапии при канцероматозе брюшины

д) дистанционной ортовольтной рентгенотерапии

011. Лучевая терапия при раке желудка используется

а) с паллиативной целью

б) как компонент комбинированного лечения

в) как метод радикального воздействия

г) сочетание а) и б)

д) сочетание а) и в)

012. При паллиативной лучевой терапии рака желудка облучение применяется для

а) улучшения проходимости при раке кардии с переходом на пищевод

б) для улучшения проходимости при раке пилорического отдела

в) уменьшения болевого синдрома

г) улучшения аппетита

д) сочетание а), б), в) и стабилизация опухолевого роста независимо от локализации опухоли желудка

013. При дистанционной лучевой терапии без использования радиомодификаторов рака желудка разовые очаговые дозы составляют

а) 1.5-1.8 Гр

б) 2-3 Гр

в) 4 Гр

г) 5-6 Гр

д) 7-8 Гр

014. При лучевой терапии рака желудка применяются следующие поля, кроме

а) двух встречных противолежащих полей

б) одного переднего прямого поля

в) двух полей под углом с клиновидными фильтрами

г) подвижного метода

д) трех полей: одно переднее, два задних под углом

015. Суммарная очаговая доза при лечении рака составляет

а) 25-30 Гр

б) 35-40 Гр

в) 45-55 Гр

г) 60 Гр

д) больше 60 Гр

016. При комбинированном лечении рака желудка лучевую терапию целесообразно проводить

а) до операции

б) во время операции

в) после операции

г) правильно а) и в)

б) правильно б) и в)

017. В объем облучения при послеоперационной лучевой терапии рака желудка включаются

а) культя желудка при субтотальной резекции

б) анастомоз при гастрэктомии

в) культя желудка и анастомоз при субтотальной резекции

г) культя желудка, анастомоз и неудаленные лимфатические узлы III-IV этапов метастазирования

д) сочетание а) и в)

018. Для внутриполостного облучения при раке желудка применяются

а) золото-198

б) фосфор-32

в) технеций-99m

г) иридий-192

д) иттрий-90

019. Для химиолучевого и химиотерапевтического лечения рака желудка применяются все перечисленные препараты, кроме

а) адриабластина

б) 5-фторурацила

в) фторафура

г) метотрексата

д) проспидина

020. Среди опухолей желудочно-кишечного тракта рак толстого кишечника встречается

а) в 0.5-1%

б) в 2-4%

в) в 5-8%

г) в 9-13%

д) в 14-18%

021. Предрасполагающими факторами развития рака кишечника являются все перечисленные, кроме

а) гастрита

б) язвы желудка

в) полипов

г) колита

д) наследственности

022. Среди случаев рака толстой кишки преобладают

а) аденокарцинома

б) солидный рак

в) слизистый рак

г) анаплазированный рак

д) переходноклеточный рак

023. Основными методами диагностики рака кишечника являются все перечисленные, кроме

а) пальпации

б) ирригоскопии

в) аускультации

г) лапароскопии

д) колоноскопии

024. При раке кишечника методами диагностики распространенности опухолевого процесса являются все перечисленные, кроме

а) лимфографии

б) УЗИ печени и забрюшинного пространства

в) компьютерной томографии органов брюшной полости и забрюшинного пространства

г) лапароскопии

д) пробной лапаротомии

025. Если опухоль кишки занимает менее половины полуокружности стенки, не выходит за пределы ее стенки и не имеет регионарных метастазов, то ее стадия

а) I

б) IIА

в) IIIА

г) IIБ

д) IIIБ

026. Если опухоль занимает более полуокружности толстой стенки, но не выходит за ее пределы и определяются множественные регионарные метастазы, то стадия заболевания

а) IIА

б) IIБ

в) IIIА

г) IIIБ

д) IV

027. При раке толстого кишечника применяются следующие виды ионизирующих излучений

а) гамма-излучение

б) нейтронное излучение

в) бета-излучение

г) тормозное излучение высоких энергий

д) сочетание а) и г)

028. Лучевая терапия при раке толстого кишечника может применяться в качестве всех перечисленных методов лечения, кроме

а) радикального способа лечения

б) паллиативного или симптоматического лечения

в) предоперационного лечения

г) послеоперационного лечения

д) химиолучевого лечения

029. При предоперационной лучевой терапии в случае рака толстой кишки разовые очаговые дозы составляют

а) 2-5 Гр

б) 1 Гр

в) 6 Гр

г) 8-10 Гр

д) 11-12 Гр

030. Разовые очаговые дозы при раке толстой кишки составляют

а) 1.5-1.8 Гр

б) 2 Гр

в) 2.5-3 Гр

г) 4 Гр

д) 5 Гр

031. Суммарная очаговая доза при предоперационном облучении рака толстой кишки составляет

а) 20-35 Гр

б) 40 Гр

в) 45 Гр

г) 50-60 Гр

д) 70-80 Гр

032. Показатели ВДФ (время - доза - фракционирование) независимо от способа фракционирования при лечении рака толстой кишки должны составлять

а) 30-36 ед.

б) 38-46 ед.

в) 48-56 ед.

г) 60-66 ед.

д) 68-76 ед.

033. При комбинированном лечении рака толстой кишки суммарная очаговая доза (СОД) должна составлять (послеоперационное и паллиативное облучение, химиолучевое лечение)

а) 30-35 Гр

б) 36-44 Гр

в) 45-55 Гр

г) 60 Гр

д) 65 Гр

034. При лечении рака толстого кишечника применяются следующие химиотерапевтические препараты

а) блемицин

а) 5-фторурацил

в) фторафур

г) сочетание а) и б)

д) правильно б) и в)

035. 5-летняя выживаемость при раке толстой кишки составляет (после оперативного лечения)

а) 10-15%

б) 20-30%

в) 35-45%

г) 55-60%

д) 70-80%

036. После комбинированного лечения 5-летняя выживаемость при раке толстой кишки составляет

а) 40-45%

б) 50-54%

в) 50-55%

г) 65-75%

д) 80-85%

037. Частота опухолей почки в структуре злокачественных новообразований составляет

а) 1-2%

б) 3-5%

в) 6-8%

г) 9-10%

д) 11-15%

038. Наиболее характерными гистологическими формами опухолей почек являются все перечисленные, кроме

а) светлоклеточного рака

б) аденокарциномы

в) сосочковой цистоаденомы

г) плоскоклеточного рака

д) веретеноклеточного, саркомоподобного рака

039. Основными симптомами рака почки являются все перечисленные, кроме

а) гематурии

б) пальпируемой почки

в) болей в поясничной области

г) лихорадки

д) цистита

040. Основными зонами регионарного метастазирования при опухоли почки являются

а) парааортальные лимфатические узлы

б) паракавальные лимфатические узлы

в) подвздошные лимфатические узлы

г) сочетание а) и б)

д) сочетание а) и в)

041. К методам диагностики опухоли почки относятся все перечисленные, кроме

а) пальпации

б) УЗИ

в) компьютерной томографии

г) пункции почки

д) аортоангиографии

042. Диагностика опухолей почки осуществляется всеми перечисленными методами, кроме

а) анализов крови и мочи

б) цистоскопии и хромоцистоскопии

в) радионуклидных методов исследования

г) лимфографии

д) ретропневмоперитонеума

043. Наиболее редко рак почки метастазирует

а) в легкие

б) в кости

в) в головной мозг

г) в печень

д) в селезенку

044. По международной классификации II стадия рака почки - это

а) T1N0M0

б) T2N0M0

в) T1N1M0

г) T2N1M0

д) T3N0M0

045. По международной классификации TNM III стадия заболевания рака почки - это все перечисленное, кроме

а) T1N1M0

б) T2N1M0

в) T3N0M0

г) T3N1M0

д) T4N0M0

046. Методами лечения рака почки являются

а) хирургический

б) комбинированный

в) лучевой

г) сочетание а) и б)

д) сочетание б) и в)

047. Вариантами применения лучевой терапии при раке почки являются

а) предоперационная лучевая терапия

б) послеоперационная лучевая терапия

в) самостоятельная лучевая терапия

г) химиолучевое лечение

д) сочетание а) и б)

048. Показаниями для проведения послеоперационной лучевой терапии при раке почки является все перечисленное, кроме

а) поражения почки в пределах капсулы

б) поражения почки с распространением на жировую клетчатку

в) прорастания почечной вены

г) рака почки с метастазами в регионарные лимфатические узлы

049. Среди методов лучевого воздействия при раке почки применяются

а) дистанционная гамма-терапия

б) тормозное излучение высокой энергии

в) электронное излучение

г) сочетание а) и б)

д) сочетание б) и в)

050. Облучение при раке почки проводится всеми перечисленными методами, кроме

а) статического облучения с двух противолежащих полей

б) секторного подвижного облучения

в) статического облучения с двух полей под углом с клиновидными фильтрами

г) статического четырехпольного облучения

д) круговой ротации

051. Суммарная очаговая доза (СОД) при послеоперационной лучевой терапии рака почки составляет

а) 20-35 Гр

б) 30-35 Гр

в) 40-45 Гр

г) 50-55 Гр

д) 60-70 Гр

052. 5-летняя выживаемость после хирургического лечения рака почки составляет

а) 10-15%

б) 25-30%

в) 31-40%

г) 45-50%

д) 55-60%

053. К особенностям облучения саркомы Юинга у детей относится

а) суммарная очаговая доза приблизительно в 2 раза меньше, чем у взрослых

б) облучается половина кости

в) исключается из зоны облучения один из метафизов кости

г) правильно а) и б)

д) правильно а) и в)

056. Частота развития опухоли Вильмса у детей составляет

а) 10-15%

б) 20-30%

в) 35-38%

г) 40-43%

д) 45-50%

057. Чаще всего опухолью Вильмса поражаются дети в возрасте

а) от 6 месяцев до 5 лет

б) 6-8 лет

в) 9-10 лет

г) 11-15 лет

058. Основными симптомами опухоли Вильмса являются все перечисленные, кроме

а) пальпируемой опухоли в брюшной полости

б) болей

в) гематурии

г) повышения температуры

д) болей в суставах

059. Основными методами диагностики опухоли Вильмса являются все перечисленные, кроме

а) выделительной урографии

б) УЗИ

в) радионуклидного

г) компьютерной томографии

д) цитологического

060. При локализации опухоли в пределах почки применяется все перечисленное, кроме

а) хирургического метода

б) операции + лучевой терапии

в) облучения + операции

г) операции + химиотерапии

061. При распространенном раке почки применяются

а) хирургический метод

б) облучение + операция

в) химиотерапия + операция

г) химиотерапия + операция + послеоперационное облучение + химиотерапия

д) химиолучевое лечение

062. При послеоперационном облучении при опухоли почки в зону лучевой обработки включается все перечисленное, за исключением

а) почечное ложе + 2-3 см от краев почки (обязательна маркировка танталовыми скрепками)

б) почечное ложе + зоны, подозрительные на опухолевую инвазию, которые хирург не смог удалить

в) половина брюшной полости до уровня крыльев подвздошных костей

г) половина брюшной полости до уровня крыльев подвздошных костей + парааортальные лимфатические узлы с противоположной стороны

063. Разовые очаговые дозы при лучевой терапии рака почки составляют

а) 1-1.2 Гр

б) 1.3-1.4 Гр

в) 1.5-1.8 Гр

г) 2 Гр

д) 2.2-2.5 Гр

064. Суммарная очаговая доза (СОД) при послеоперационном облучении рака почки составляет

а) 10-14 Гр

б) 15-19 Гр

в) 20-24 Гр

г) 25-35 Гр

д) 36-45 Гр

065. Радикальное лучевое лечение при опухоли Вильмса возможно при

а) отказе родителей от операции

б) отказе от операции и химиотерапевтического лечения

в) несогласии родителей на чисто химиотерапевтическое лечение

г) наличии противопоказаний к операции

д) всем перечисленным

066. Частота злокачественных опухолей яичка в структуре онкологических заболеваний составляет

а) 0.5-1%

б) 1.5-2%

в) 3-4%

г) 5-6%

д) 10-15%

067. Предрасполагающими факторами для развития опухоли яичка являются

а) крипторхизм

б) травмы мошонки

в) аденома простаты

г) сочетание а) и б)

д) сочетание а) и в)

068. Гистологическими формами герминогенных опухолей яичка являются все перечисленные, кроме

а) истинной семиномы

б) тератобластомы

в) эмбрионального рака

г) хорионэпителиомы

д) плоскоклеточного рака

069. Ведущими симптомами при злокачественных опухолях яичка являются все перечисленные, кроме

а) увеличения и уплотнения яичка

б) болей в паховой области с иррадиацией в спину

в) дизурических явлений

г) гинекомастии

д) болей в подреберье

070. Опухоли яичка метастазируют во все перечисленные группы лимфатических узлов, кроме

а) паховых

б) подвздошных

в) парааортальных

г) бедренных

д) надключичных

071. Наиболее частой локализацией отдаленных метастазов при опухолях яичка является все перечисленное, кроме

а) легких

б) печени

в) почек

г) костей

д) головного мозга

072. Основными методами диагностики первичной опухоли яичка является все перечисленное, кроме

а) пальпации

б) пункции опухоли

в) рентгенографии мошонки

г) реакции мочи на хорионический гонадотропин

д) определения эмбриоспецифического альфа-фетопротеина

073. Основными методами диагностики распространенности опухолевого процесса при раке яичка является все перечисленное, кроме

а) выделительной урографии

б) рентгенологического исследования легких

в) радионуклидного исследования печени и костей

г) УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства

д) аортографии

074. Если опухоль яичка не выходит за пределы белочной оболочки, не изменяет форму и величину яичка, то по системе TNM - это

а) Tx

б) T1

в) T2

г) T3

д) T4

075. Если опухоль прорастает белочную оболочку яичка и распространяется на придаток яичка, то по системе TNM - это

а) Tx

б) T1

в) T2

г) T3

д) T4

076. Основными методами лечения рака яичка являются все перечисленные, кроме

а) хирургического метода

б) лучевой терапии

в) химиотерапии

г) гормонотерапии

д) комплексного лечения

077. При химиотерапии рака яичка используются все перечисленные препараты, кроме

а) сарколизина

б) оливомицина

в) блеомицина

г) 5-фторурацила

д) винбластина

078. При семиноме T2N0M0 лечение включает все перечисленное, кроме

а) высокой гемикастрации

б) облучения пахово-подвздошных узлов с одной стороны

в) облучения пахово-подвздошных узлов с двух сторон

г) облучения парааортальных лимфатических узлов

079. При семиноме T2N1M0 лечение включает

а) высокую гемикастрацию

б) облучение пахово-подвздошных лимфатических узлов с обеих сторон

в) облучение парааортальных лимфатических узлов

г) облучение лимфатических узлов средостения и левой надключичной области

д) все перечисленное

080. При семиноме T3N1M0 показано все перечисленное, кроме

а) высокой гемикастрации

б) предоперационного облучения

в) облучения половины мошонки после операции

г) облучения всех зон лимфооттока по радикальной программе

д) профилактических курсов химиотерапии

081. При семиноме T4N1M0 показано все перечисленное, кроме

а) предоперационного облучения мошонки

б) предоперационного облучения пахово-подвздошных и парааортальных зон

в) высокой гемикастрации

г) облучения зон регионарного метастазирования по радикальной программе после операции

д) полихимиотерапии

082. 5-летняя выживаемость у больных без метастазов в лимфатические узлы составляет

а) 30-40%

б) 45-55%

в) 60-65%

г) 70-75%

д) 80-85%

083. 5-летняя выживаемость у больных с метастазами в регионарные лимфатические узлы составляет

а) 15-20%

б) 25-30%

в) 35-40%

г) 45-50%

д) 55-60%

084. Рак полового члена среди других злокачественных опухолей составляет

а) 0.5-2%

б) 2.5-3%

в) 4-5%

г) 6-7%

д) 8-10%

085. Предрасполагающими факторами для развития рака полового члена являются

а) фимоз

б) задержка спермы в результате несоблюдения личной гигиены

в) интенсивная половая жизнь

г) сочетание а) и б)

д) сочетание а) и в)

086. Предраковыми заболеваниями полового члена являются все перечисленные, кроме

а) папиллом и остроконечных кондилом

б) острой травмы

в) болезни Кейра

г) болезни Педжета

д) лейкоплакии

087. Первым этапом метастатического поражения при раке полового члена являются

а) паховые лимфатические узлы

б) подвздошные лимфатические узлы

в) парааортальные лимфатические узлы

г) медиастинальные лимфатические узлы

д) надключичные лимфатические узлы

088. Среди методов лечения рака полового члена наиболее обоснованными являются все перечисленные, кроме

а) хирургического вмешательства

б) лучевой терапии

в) полихимиотерапии

г) гормонотерапии

089. Из методов лучевой терапии рака полового члена применяются все перечисленные, кроме

а) короткодистанционной рентгенотерапии

б) дистанционной гамма-терапии

в) внутритканевой лучевой терапии

г) электронной терапии

д) дистанционной ортовольтной рентгенотерапии

090. По международной классификации TNM при опухоли до 2 см, не выходящей за пределы кожи полового члена, стадия поражения

а) Tx

б) T1

в) T2

г) T3

д) T4

091. При опухоли, занимающей большую часть полового члена, врастающую в пещеристые тела и уретру с метастазами в пахово-подвздошные лимфатические узлы, стадия заболевания

а) II стадия

б) IIIА стадия

в) IIIБ стадия

г) IVА стадия

д) IVБ стадия

092. При I стадии рака полового члена применяются все перечисленные методы лечения, кроме

а) хирургического

б) короткодистанционной рентгенотерапии

в) полихимиотерапии

г) внутритканевой лучевой терапии

д) дистанционной гамма-терапии на паховые зоны

093. При III стадии рака полового члена применяются все перечисленные методы, кроме

а) дистанционной гамма-терапии на область первичного очага

б) облучения зон регионарного метастазирования

в) полихимиотерапии

г) ампутации полового члена

д) двусторонней операции Дюкена

094. При проведении по поводу рака полового члена короткодистанционной рентгенотерапии разовые очаговые дозы составляют

а) 1.8-2 Гр

б) 3-5 Гр

в) 6-7 Гр

г) 8 Гр

д) 9-10 Гр

095. При проведении по поводу рака полового члена короткодистанционной рентгенотерапии по радикальной программе суммарная очаговая доза составляет

а) 45-50 Гр

б) 55 Гр

в) 60-65 Гр

г) 70 Гр

д) 75 Гр

096. При проведении лучевой терапии при раке полового члена суммарная очаговая доза на первичный шаг составляет

а) 35-40 Гр

б) 45-50 Гр

в) 55 Гр

г) 60 Гр

д) 65 Гр

097. Суммарная очаговая доза на зоны лимфооттока при раке полового члена составляет

а) 29-30 Гр

б) 35-40 Гр

в) 45 Гр

г) 50 Гр

д) 55-60 Гр

098. 5-летнее излечение при I стадии рака полового члена составляет

а) 75%

б) 80%

в) 85%

г) 90%

д) 95% и более

099. 5-летнее излечение при II стадии рака полового члена составляет

а) 50%

б) 60%

в) 70%

г) 75%

д) 80%

100. 5-летнее излечение при III стадии рака полового члена составляет

а) 30%

б) 40%

в) 50%

г) 60%

д) 70%

101. В структуре онкологических заболеваний опухоли кожи занимают

а) первое место

б) второе место

в) третье место

г) четвертое место

д) пятое место

102. Предрасполагающими факторами для развития рака кожи являются все перечисленные, кроме

а) инсоляции

б) контакта с продуктами нефти

в) рентгеновского воздействия

г) травмы

д) длительно незаживающей язвы

103. Предраковыми поражениями кожи являются все перечисленные, кроме

а) пигментной ксеродермы

б) экземы кожи

в) болезни Боуэна

г) болезни Педжета

д) эритроплазии Кейра

104. Наиболее часто рак кожи располагается на

а) лице

б) туловище

в) волосистой части головы

г) конечностях

д) коже промежности

105. Наиболее неблагоприятными в прогностическом отношении являются следующие клинические формы рака кожи

а) поверхностная

б) инфильтрирующая

в) папиллярная

г) сочетание б) и в)

д) сочетание а) и б)

106. По международной классификации II стадия рака кожи - это

а) T1N0M0

б) T2N0M0

в) T1N1M0

г) T2N1M0

д) T3N0M0

107. По международной классификации III стадия рака кожи - это все перечисленное, кроме

а) T2N0M0

б) T1-2N1M0

в) T3N0M0

г) T3N1M0

д) T3N2M0

108. При раке кожи лица I стадии наиболее целесообразными являются все перечисленные методы лечения, кроме

а) короткодистанционной рентгенотерапии

б) оперативного вмешательства

в) химиотерапии

г) лучей лазера

109. При раке кожи туловища и конечностей I стадии наиболее целесообразными являются все перечисленные методы, кроме

а) короткодистанционной рентгенотерапии

б) хирургического вмешательства

в) комбинированного лечения

г) химиотерапии

д) лучей лазера

110. При IIIа стадии рака кожи наиболее эффективными являются

а) хирургический метод

б) комбинированный метод

в) сочетанная лучевая терапия

г) сочетание а) и б)

д) сочетание б) и в)

111. Лучевое воздействие на зоны регионарного метастазирования при раке кожи оправдано

а) в I стадии

б) при наличии метастатических узлов в зонах регионарного метастазирования

в) в II стадии

г) в IIIА стадии

д) в IVА стадии

112. Для воздействия на зоны регионарного метастазирования при раке кожи наиболее приемлем

а) хирургический метод

б) лучевой метод

в) комбинированный метод

г) химиолучевой

д) химиотерапевтический

113. При проведении короткодистанционной рентгенотерапии при раке кожи разовая очаговая доза составляет

а) 1.8-2 Гр

б) 3-5 Гр

в) 6-7 Гр

г) 8-10 Гр

д) 27.5 Гр

114. Суммарная очаговая доза при данном способе лучевого лечения рака кожи (базально-клеточная) составляет

а) 35-40 Гр

б) 45-50 Гр

в) 55-60 Гр

г) 65-70 Гр

115. Суммарная очаговая доза при плоскоклеточном раке кожи (базально-клеточная) составляет

а) 35-40 Гр

б) 45-50 Гр

в) 55-60 Гр

г) 65-70 Гр

д) 75-80 Гр

116. При предоперационном облучении в операбельных случаях рака кожи суммарная очаговая доза составляет

а) 25-30 Гр

б) 35-40 Гр

в) 45 Гр

г) 50 Гр

д) 55 Гр

117. При проведении послеоперационного облучения зоны регионарного метастазирования при раке кожи получают

а) 30-35 Гр

б) 36-40 Гр

в) 41-45 Гр

г) 46-50 Гр

д) 55-60 Гр

118. 5-летнее излечение при I стадии рака кожи составляет

а) 70%

б) 80%

в) 85%

г) 90%

д) 95% и более

119. 5-летнее излечение при II стадии рака кожи составляет

а) 70%

б) 75%

в) 80%

г) 85%

д) 90%

120. 5-летнее излечение при III стадии рака кожи составляет

а) 45-50%

б) 55-60%

в) 61-55%

г) 66-70%

д) 75%

126. Облигатными предопухолевыми состояниями при меланоме являются

а) плоский невус

б) папилломатозный невус

в) меланоз Дюбрея

г) сочетание а) и в)

д) сочетание а) и б)

127. Наиболее благоприятный прогноз имеет место при следующих клинических формах меланомы

а) поверхностная

б) веррукозная

в) фунгозная

г) инфильтративно-язвенная

д) сочетание б) и г)

128. При меланоме отдаленными считаются (M1) метастазы в следующие группы лимфатических узлов

а) контрлатеральные шейные при локализации опухоли в области волосистой части головы

б) противоположные подмышечные при локализации опухоли на коже верхней конечности

в) противоположные паховые при локализации опухоли на коже нижней конечности

г) сочетание б) и в)

д) сочетание а) и б)

129. При меланоме, если опухолевые клетки определяются в сосочковом слое, то степень инвазии

а) первая

б) вторая

в) третья

г) четвертая

д) пятая

130. Если опухолевые клетки при меланоме определяются до ретикулярного слоя, не проникая в него, то степень инвазии

а) первая

б) вторая

в) третья

г) четвертая

д) пятая

131. Если опухолевые клетки при меланоме определяются в ретикулярном слое, то степень инвазии

а) первая

б) вторая

в) третья

г) четвертая

д) пятая

132. Если опухолевые клетки при меланоме определяются в клетчатке, то степень инвазии

а) первая

б) вторая

в) третья

г) четвертая

д) пятая

133. Меланома, как первичная опухоль, может быть излечена при помощи

а) операции

б) комбинированного метода

в) лучевой терапии

г) лучевой терапии + СВЧ-гипертермии

д) сочетания а), б) и г)

134. Показаниями для воздействия на зоны регионарного метастазирования при меланоме являются

а) размер опухоли более 5 см

б) инфильтративно-язвенная форма

в) третья степень инвазии

г) четвертая и пятая степень инвазии

д) правильно б) и г)

135. Показаниями для профилактической химиотерапии при меланоме являются

а) молодой возраст

б) четвертая или пятая степень инвазии

в) гистологически доказанные метастазы в лимфатических узлах

г) правильно а) и б)

д) беременность

136. 5-летняя выживаемость при меланоме T1-2N0M0 составляет

а) 40%

б) 50%

в) 60%

г) 70%

д) 80-90%

137. 5-летняя выживаемость при меланоме в случае метастазов в лимфатические узлы составляет

а) 10-15%

б) 16-20%

в) 25-35%

г) 40-45%

д) 50%

138. Частота опухолей мягких тканей в структуре онкологических заболеваний составляет

а) 0.5-1%

б) 1.1-1.5%

в) 1.6-1.7%

г) 1.8-2.2%

д) 2.5-3%

139. Наиболее частой локализацией опухолей мягких тканей являются

а) нижние конечности

б) верхние конечности

в) туловище

г) правильно а) и в)

д) правильно а) и б)

140. Предопухолевыми заболеваниями мягких тканей являются

а) фиброма

б) десмоидная фиброма

в) нейрофиброматоз (болезнь Реклингаузена)

г) сочетание а) и б)

д) сочетание б) и в)

141. Наиболее часто встречаются все перечисленные опухоли мягких тканей, кроме

а) неклассифицируемых злокачественных опухолей

б) фибросарком

в) синовиальной саркомы

г) нейросаркомы

д) липосаркомы

142. Чаще всего метастазируют в регионарные лимфатические узлы

а) синовиальная саркома

б) миосаркома

в) миксосаркома

г) правильно а) и в)

д) правильно а) и б)

143. Саркомы мягких тканей в основном метастазируют

а) в легкие

б) в кости

в) в печень

г) в плевру

д) в головной мозг

144. Прогностически наиболее неблагоприятными являются

а) ангиосаркомы

б) рабдомиосаркомы

в) липосаркомы

г) правильно а) и б)

д) миксосаркомы

145. Наиболее характерными признаками сарком мягких тканей являются

а) наличие опухоли

б) наличие болевого синдрома без определяемой опухоли

в) ограниченная смещаемость вдоль волокон мышц

г) ограниченная смещаемость поперек волокон мышц

д) правильно а) и в)

146. Основными методами диагностики сарком мягких тканей являются все перечисленные, кроме

а) пальпации

б) пневмографии

в) УЗИ

г) цитологического исследования

д) гистологического исследования

147. Для лечения сарком мягких тканей применяются все перечисленные методы, кроме

а) хирургического

б) комбинированного

в) радиохирургического

г) химиолучевого

148. Чувствительными к лучевому воздействию являются

а) миксосаркома

б) фибросаркома

в) злокачественная гиберкома

г) правильно а) и б)

д) правильно б) и в)

149. Чувствительными к лучевому воздействию являются все перечисленные опухоли, кроме

а) рабдомиосаркомы

б) гемангиосаркомы

в) лимфангиосаркомы

г) синовиальной саркомы

д) неклассифицируемых сарком

150. По международной классификации опухоль более 5 см, не связанная с костью крупными кровеносными сосудами и нервами, соответствует

а) Tx

б) T1

в) T2

г) T3

д) T4

151. При низкой степени дифференцировки опухоли (G3) стадия заболевания соответствует

а) I

б) IIА

в) IIБ

г) III

д) IVА

152. При опухоли T3 без отдаленных метастазов стадия заболевания

а) IIА

б) IIБ

в) IIIА

г) IIIБ

д) IVА

153. Чисто оперативное лечение показано во всех перечисленных формах опухолей, кроме

а) миксосарком

б) миосарком

в) нейросарком

г) опухолей T3

д) опухолей T1-2

154. Радиохирургическое вмешательство показано при

а) фибросаркомах

б) злокачественных гиберкомах

в) лимфангиосаркомах

г) неклассифицируемых саркомах

д) правильно а) и г)

155. Предоперационное облучение зон регионарного метастазирования при всех саркомах оправдано при

а) всех ситуациях

б) мягких неувеличенных лимфатических узлах

в) увеличенных плотных метастатических лимфатических узлах

г) сочетание а) и в)

д) сочетание б) и в)

156. Разовая очаговая доза предоперационной лучевой терапии при саркоме мягких тканей составляет

а) 2 Гр

б) 1.5-1.8 Гр

в) 2.5-3 Гр

г) 3.5-4 Гр

д) 5 Гр

157. Суммарная очаговая доза при предоперационном облучении в области первичной злокачественной опухоли мягких тканей составляет

а) 30-35 Гр

б) 40-44 Гр

в) 45-50 Гр

г) 55 Гр

д) 60 Гр

158. Суммарная очаговая доза в зонах регионарного метастазирования при злокачественных опухолях мягких тканей составляет

а) 30-34 Гр

б) 35-40 Гр

в) 45 Гр

г) 50 Гр

д) 55-60 Гр

159. При рецидивах злокачественной опухоли мягких тканей применяются

а) хирургический метод

б) радиохирургический метод

в) комбинированный метод

г) правильно а), б) и в)

д) химиолучевое лечение

160. Попытка проведения химиотерапии оправдана при всех перечисленных опухолях, кроме

а) ангиосаркомы

б) синовиальной саркомы

в) неклассифицируемых сарком

г) фибросарком

170. Опухоли костей в структуре злокачественных опухолей составляют

а) 0.1-0.5%

б) 0.6-0.9%

в) 1.0-1.5%

г) 2.0-2.5%

д) 3.0-3.5%

171. Облигатными предопухолевыми состояниями костей являются все перечисленные, кроме

а) костно-хрящевых экзастозов

б) хондроматоза костей

в) фиброзной дисплазии

г) деформирующего остеоза

172. Среди злокачественных опухолей костей наиболее часто встречаются все перечисленные, кроме

а) злокачественной хордомы

б) остеогенной саркомы

в) ангиосаркомы

г) саркомы Юинга

д) миеломы

173. Среди злокачественных костных опухолей наиболее часто встречаются

а) хондросаркома

б) ретикулосаркома

в) фибросаркома

г) правильно а) и б)

д) правильно а) и в)

174. По локализации наиболее часто злокачественные опухоли поражают

а) кости нижних конечностей

б) кости верхних конечностей

в) таз

г) череп

д) правильно а), б) и в)

175. Относительно благоприятное течение имеют

а) ретикулосаркома

б) хондросаркома

в) саркома Юинга

г) правильно а) и б)

д) правильно а) и в)

176. Плохой прогноз отмечается при всех перечисленных опухолях, кроме

а) остеогенной саркомы

б) ангиосаркомы

в) хондросаркомы

г) саркомы Юинга

д) миеломы

177. Тактика лечения злокачественных опухолей костей определяется в зависимости от данных всех следующих методов диагностики, кроме

а) рентгенологического

б) радионуклидного

в) цитологического

г) морфологического

178. Лучевая терапия оправдана при следующих доброкачественных опухолях костей

а) хондроме

б) остеобластокластоме

в) гемангиоме

г) правильно а) и б)

д) правильно б) и в)

179. При остеогенной саркоме применяются

а) оперативное лечение

б) предоперационная лучевая терапия обычными фракциями + операция

в) предоперационная химиотерапия + операция

г) предоперационное химиолучевое лечение + операция + химиотерапия

д) химиолучевое лечение

180. При остеогенной саркоме применяются

а) полихимиотерапия

б) лучевая терапия средними или крупными фракциями в условиях гипоксии

в) предоперационная лучевая терапия в условиях гипоксии + операция + полихимиотерапия

г) правильно а) и б)

д) правильно б) и в)

181. 5-летняя выживаемость при остеогенной саркоме составляет

а) 5-8%

б) 10-15%

в) 16-20%

г) 25-30%

д) 35-40%

182. Радиочувствительными являются все перечисленные опухоли, кроме

а) фибросаркомы

б) остеобластокластомы

в) саркомы Юинга

г) ретикулосаркомы

д) миеломы

183. При хондросаркоме применяются следующие методы лечения

а) хирургический

б) комбинированный

в) лучевой

г) химиотерапевтический

д) комплексный

184. 5-летняя выживаемость при хондросаркомах составляет

а) 15-20%

б) 25-30%

в) 35-45%

г) 50-55%

д) 60-65%

185. При остеобластокластоме применяются все перечисленные методы лечения, кроме

а) оперативное лечение

б) облучение + операция

в) операция + облучение

г) лучевой терапии

д) химиотерапия

186. При саркоме Юинга применяются все перечисленные методы, кроме

а) оперативного лечения

б) лучевой терапии

в) лучевой терапии + полихимиотерапии

г) полихимиотерапии

**11. ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

001. Основными механизмами действия ионизирующих излучений при неопухолевых заболеваниях являются

а) расширение капилляров и нарушение их проницаемости

б) воздействие на центральную нервную систему

в) повышение фагоцитоза

г) правильно а) и б)

д) правильно а) и в)

002. Основными механизмами действия ионизирующих излучений при неопухолевых заболеваниях являются

а) увеличение продуктов клеточного распада

б) восстановление электролитического равновесия в тканях

в) угнетение лимфогистиоцитарной реакции

г) правильно а) и б)

д) правильно а) и в)

003. Механизмами действия ионизирующих излучений при неопухолевых заболеваниях являются

а) влияние на вегетативную нервную систему через периферический нейрорецепторный аппарат

б) воздействие на воспалительных процесс в нерве и на патологические очаги возбуждения в нем

в) угнетение функций соединительной ткани

г) правильно а) и б)

д) правильно а) и в)

004. Показаниями для проведения лучевой терапии при неопухолевых заболеваниях являются

а) острые и хронические воспалительные процессы

б) заболевания кожи

в) язвенная болезнь

г) правильно а) и б)

д) все перечисленное

005. В числе показаний для проведения лучевой терапии при неопухолевых заболеваниях имеют место

а) неэффективность или непереносимость лекарственных или других методов лечения

б) ревматическое поражение суставов

в) дегенеративно-дистрофическое заболевание костно-суставного аппарата

г) правильно а) и б)

д) правильно а) и в)

006. Показаниями для проведения лучевой терапии при неопухолевых заболеваниях являются

а) заболевания периферической нервной системы

б) заболевания центральной нервной системы

в) туберкулез

г) правильно а) и б)

д) правильно а) и в)

007. Противопоказаниями для проведения лучевой терапии при неопухолевых заболеваниях является все перечисленное, кроме

а) беременности

б) детского возраста

в) детородного возраста

г) заболеваний печени

008. При лечении неопухолевых заболеваний применяются

а) аппликационная бета-терапия

б) аппликационная гамма-терапия

в) дистанционная ортовольтная рентгенотерапия

г) все перечисленное

д) только а) и в)

009. Из методов лучевой терапии при неопухолевых заболеваниях применяются

а) короткодистанционная рентгенотерапия

б) дистанционная гамма-терапия

в) электронная лучевая терапия

г) все перечисленное

д) только б) и в)

010. Наиболее целесообразным при лечении неопухолевых заболеваний является

а) аппликационная бета-терапия

б) дистанционная ортовольтная рентгенотерапия

в) аппликационная гамма-терапия

г) электронная лучевая терапия

д) тормозное рентгеновское излучение высокой энергии

011. При острых воспалительных заболеваниях величина разовой очаговой дозы не должна превышать

а) 0.05 Гр

б) 0.1-0.2 Гр

в) 0.25-0.3 Гр

г) 0.35 Гр

д) 0.5 Гр

012. При острых воспалительных процессах облучение проводится

а) один раз в неделю

б) 2 раза в неделю

в) 3 раза в неделю

г) ежедневно

д) раз в десять дней

013. Суммарная очаговая доза (СОД) при лечении острых воспалительных заболеваний составляет

а) 0.5 Гр

б) 0.75 Гр

в) 1.0 Гр

г) 1.2-2.4 Гр

д) 2.5-3.0 Гр

014. При дегенеративно-дистрофических заболеваниях костно-суставного аппарата применяется разовая очаговая доза, равная

а) 0.1-0.15 Гр

б) 0.2-0.25 Гр

в) 0.3-0.5 Гр

г) 0.6-0.75 Гр

д) 0.8-1.0 Гр

015. При дегенеративно-дистрофических заболеваниях костно-суставного аппарата облучение проводится

а) один раз в неделю

б) 2-3 раза в неделю

в) ежедневно

г) один раз в 10 дней

016. Суммарная очаговая доза при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов составляет

а) 2.0-2.4 Гр

б) 2.5-3.5 Гр

в) 4.0 Гр

г) 4.5 Гр

д) 5.0 Гр

017. Лучевая терапия может применяться при всех перечисленных неопухолевых заболеваниях нервной системы, кроме

а) невралгий

б) менингита

в) каузалгий

г) сирингомиэлии

д) диэнцефального синдрома

018. Йод-131 применяется при

а) сирингомиэлии

б) тиреотоксикозе

в) тиреоидите

г) правильно а) и б)

д) правильно б) и в)

019. Лучевая терапия может применяться при всех перечисленных заболеваниях, кроме

а) злокачественного экзофтальма

б) миастении

в) тиреотоксикоза

г) сахарного диабета

д) несахарного диабета

**12. РЕАКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**

001. Причинами изменения частоты и вида лучевых реакций и осложнений является все перечисленное, кроме

а) использования новых видов излучений

б) широкого применения радикальных программ лучевой терапии

в) увеличения продолжительности жизни больных, которым проводилась лучевая терапия

г) изменения образа жизни и характера питания больных

002. Частота лучевых реакций и осложнения зависят от всех перечисленных факторов, кроме

а) суммарной очаговой дозы

б) режима фракционирования

в) объема облучения

г) морфологии опухоли

д) квалификации врача

003. Предельный показатель факторов ВДФ (время - доза - фракционирование) для опухоли при дистанционной гамма-терапии составляет

а) 60-70 ед.

б) 75-85 ед.

в) 90-100 ед.

г) 110-115 ед.

д) 130-150 ед.

004. Предельный показатель факторов ВДФ (время - доза - фракционирование) при сочетанной лучевой терапии составляет

а) 70-80 ед.

б) 90-100 ед.

в) 105-115 ед.

г) 120-125 ед.

д) 130-140 ед.

005. Для слизистой оболочки полости рта толерантными являются следующие значения суммарной очаговой дозы

а) 30 Гр

б) 40 Гр

в) 50 Гр

г) 60 Гр

д) 70-80 Гр

006. Для подкожно-жировой клетчатки толерантными являются следующие значения суммарной очаговой дозы

а) 30 Гр

б) 40 Гр

в) 45 Гр

г) 50 Гр

д) 60 Гр

007. Для костной ткани толерантными являются следующие значения суммарной очаговой дозы

а) 30 Гр

б) 40-50 Гр

в) 55 Гр

г) 60-70 Гр

д) 80 Гр

008. К ранним реакциям относятся все перечисленные, кроме

а) эпителиита слизистой полости рта

б) эзофагита

в) пульмонита

г) влажного эпидермита

д) энтероколита

009. К ранним лучевым реакциям могут быть отнесены

а) цистит

б) ректит

в) лучевая язва

г) только а) и б)

д) все перечисленное

010. В процессе курса лучевой терапии реакция возникает в сроки

а) несколько дней

б) через 2-3 недели

в) через 1-2 месяца

г) через 3-4 месяца

д) через 6-12 месяцев

011. Клиника лучевых реакций в полости рта включает

а) снижение вкусовых ощущений

б) сухость во рту

в) выпадение зубов

г) правильно а) и б)

д) все перечисленное

012. Профилактика лучевых реакций в полости рта включает все перечисленные мероприятия, кроме

а) санации полости рта

б) удаления металлических коронок до начала курса лучевой терапии

в) гигиенического ухода за полостью рта в процессе лечения

г) применения оптимизированных программ дистанционной лучевой терапии

д) разработки оптимальных методик сочетанной лучевой терапии

013. Основными симптомами лучевого пульмонита являются все перечисленные, кроме

а) кашля

б) одышки

в) болей в грудной клетке

г) повышения температуры

д) кровохарканья

014. При лечении лучевого пульмонита применяются все перечисленные препараты, кроме

а) антибактериальных средств

б) кортикостероидов

в) витаминов

г) бронхолитиков

д) отхаркивающих средств

015. Для профилактики лучевого пульмонита применяются

а) классическое фракционирование дозы

б) расщепленные курсы лучевой терапии

в) прямоугольные поля

г) правильно а) и б)

д) все перечисленное

016. Для профилактики лучевого пульмонита применяются

а) краевые блоки

б) фигурные блоки

в) решетчатые диафрагмы

г) только а) и б)

д) только б) и в)

017. Ранние лучевые повреждения возникают через

а) 1-2 недели после окончания облучения

б) 3-4 недели после окончания облучения

в) 5-6 недель после окончания облучения

г) 2-3 месяца после окончания облучения

д) 4 и более месяцев после окончания облучения

018. Поздние лучевые повреждения возникают через

а) 1-1.5 месяцев после окончания облучения

б) 2-3 месяца после окончания облучения

в) 3 и более месяцев после окончания облучения

019. К ранним лучевым повреждениям относятся

а) острый лучевой некроз кожи

б) фиброз подкожной клетчатки

в) ранние лучевые язвы

г) все перечисленное

д) только а) и в)

020. К поздним лучевым повреждениям органов грудной клетки относятся все перечисленные, кроме

а) пневмосклероза

б) перикардита

в) эзофагита

г) кардиосклероза

021. Симптомами ранних лучевых реакций кишечника являются все перечисленные, кроме

а) снижения аппетита

б) вздутия живота

в) поноса

г) рвоты

д) разлитой болезненности живота

022. Методами лечения лучевых реакций кишечника являются все перечисленные, кроме

а) применения спазмолитиков

б) нормализации кишечной флоры

в) витаминотерапии

г) ишио-ректальных блокад

д) местного противовоспалительного лечения

023. Причинами, способствующими развитию лучевого фиброза, являются все перечисленные, кроме

а) ожирения

б) болезней кожи

в) сахарного диабета

г) тиреотоксикоза

д) сердечной недостаточности

024. Поздними лучевыми повреждениями костей являются все перечисленные, кроме

а) остеопороза

б) остеонекроза

в) артроза

г) остеомиэлита

д) патологического перелома

025. Наиболее часто встречаются следующие морфологические формы лучевых злокачественных опухолей

а) плоскоклеточный рак

б) саркома мягких тканей

в) саркома Юинга

г) правильно а) и б)

д) правильно а) и в)

026. Для профилактики развития лучевых опухолей применяются все перечисленные методы, кроме

а) хирургического удаления лучевых язв

б) своевременного консервативного лечения лучевых повреждений кожи и подкожной клетчатки

в) оптимального планирования лучевой терапии с использованием ЭВМ

г) применения различных мазей 2-3 раза в день для снятия лучевых реакций

д) применения рассеянного лазерного излучения

027. Для лечения лучевых опухолей применяются

а) оперативное лечение

б) лучевая терапия

в) операция + полихимиотерапия

г) облучение + операция

д) операция + облучение

028. Переломы облученных костей могут возникать во все перечисленные сроки, кроме

а) через несколько дней, недель после окончания облучения

б) через 1-1.5 года

в) через 4-5 лет

г) через 8-10 лет

д) через 12-15 лет

029. Саркомы мягких тканей после применения лучевой терапии могут возникать

а) через 1-2 месяца

б) через 6-12 месяцев

в) через 2-3 года

г) через 4-5 лет

д) через 12-15 лет

030. Лучевые язвы могут возникать во все перечисленные сроки, кроме

а) начала облучения

б) через несколько месяцев после начала облучения

в) через 1-2 года

г) через 4-5 лет

д) через 10-15 лет

031. Для консервативного лечения лучевых язв должны назначаться все перечисленные лечебные мероприятия, кроме

а) антибактериальной терапии

б) иммунотерапии

в) активных биостимуляторов (мумие и др.)

г) витаминов

д) сосудорасширяющих средств

032. Антибактериальная терапия включает

а) применение антибиотиков

б) применение сульфаниламидов

в) использование гемостимуляторов

г) только а) и б)

д) все перечисленное

033. Местные лечебные мероприятия включают все перечисленное, кроме

а) применения дегидратационных средств

б) применения ферментных препаратов

в) использования мазей, подавляющих микрофлору

г) применения ДМСО

**13. ОСНОВЫ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ**

001. В результате аварии на ЧАЭС воздействию радиоактивного йода подверглись следующие контингенты

а) все ликвидаторы аварии

б) ликвидаторы и население, находившееся в зоне радиоактивного загрязнения в первые два месяца после аварии

в) ликвидаторы 1987-1990 гг.

г) дети, родившиеся в зоне радиоактивного загрязнения после 1987 г

002. В 1986 г наиболее высокие дозы облучения щитовидной железы чаще всего встречались у следующих контингентов

а) дошкольники

б) школьники

в) подростки

г) взрослое население

д) ликвидаторы

003. При острой лучевой болезни клинические изменения обязательно имеют место

а) в центральной нервной системе

б) в сердечно-сосудистой системе

в) в системе органов кроветворения

г) в пищеварительной системе

д) в иммунной системе

004. Клиническим симптомом, наиболее рано возникающим при острой лучевой болезни, является

а) тошнота и рвота

б) лейкопения

в) эритема кожи

г) выпадение волос

д) жидкий стул

005. Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет

а) 0.5 Гр

б) 1 Гр

в) 2 Гр

г) 3 Гр

д) 4 Гр

006. Наиболее ранними изменениями клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов

а) эритроцитов

б) лейкоцитов

в) нейтрофилов

г) лимфоцитов

д) тромбоцитов

007. Минимальная доза излучения, вызывающая развитие хронической лучевой болезни, составляет

а) 1.5 Гр

б) 1 Гр

в) 0.5 Гр

г) 0.1 Гр

д) любая

008. Минимальная доза излучения, вызывающая выпадение волос у человека, составляет

а) 0.25 Гр

б) 0.5 Гр

в) 1 Гр

г) 1.5 Гр

д) 2 Гр

009. Единица активности

а) Рентген

б) Грей

в) Беккерель

г) Рад

д) Зиверт

010. Назначение медикаментозных препаратов, ускоряющих выведение радионуклидов из организма, показано

а) лицам, проживающим на территориях с уровнем загрязнения по цезию более 40 Ku/кв.км

б) лицам, содержащим в организме активность более допустимого содержания по Нормам радиационной безопасности

в) детям, проживающим на загрязненных территориях

г) беременным женщинам, проживающим на загрязненных территориях

011. В настоящее время наибольшее содержание цезия в организме встречается у следующих контингентов

а) детей

б) подростков

в) взрослых

г) пенсионеров

д) беременных женщин

012. Из перечисленных радионуклидов в настоящее время в организме людей, проживающих в зоне радиоактивного загрязнения, не встречается

а) йод

б) цезий

в) стронций

г) плутоний

д) радий

013. "Малыми" принято называть дозы

а) не вызывающие лучевой болезни

б) не вызывающие хромосомных повреждений

в) не вызывающие генных поломок

г) не вызывающие специфических изменений в отдельном организме, а вызывающие статически выявленные изменения в состоянии здоровья группы

д) меньшие, чем допустимые дозы облучения

014. После облучения мужских гонад наиболее характерными изменениями являются

а) нарушение половой импотенции

б) гипоспермия

в) водянка яичка

г) наследственные болезни у детей

д) снижение в крови тестостерона

015. Единица поглощенной дозы

а) Грей

б) Зиверт

в) Рентген

г) Кюри

д) Бэр

016. Лимфопения, выявленная у больного в течение первых суток, обусловлена

а) локальным внешним облучением конечности

б) поступлением внутрь радионуклидов

в) внешним облучением туловища в дозе менее 0.5 Гр

г) внешним облучением туловища в дозе более 1 Гр

д) заболеванием, не связанным с облучением

017. Мероприятием, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности, является

а) производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла

б) производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла

в) не использовать флюорографию у женщин детородного возраста

г) перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу

018. Прерывание беременности по медицинским показаниям можно рекомендовать женщине, подвергшейся облучению, в следующем случае

а) при поглощенной дозе на плод более 0.10 Гр

б) при поглощенной дозе на плод более 0.50 Гр

в) при поглощенной дозе на плод более 1.0 Гр

г) при облучении в дозе, превышающей допустимый уровень по Нормам радиационной безопасности

019. Число случаев острой лучевой болезни в настоящее время во всем мире составляет

а) несколько десятков

б) несколько сотен

в) несколько тысяч

г) несколько миллионов

020. Опасность, которую может представлять больной после внешнего гамма-облучения для медицинского персонала

а) от тела больного исходит гамма-излучение

б) больной выделяет с мочой радионуклиды

в) никакую

021. Мероприятие по оказанию первичной помощи пострадавшему, находящемуся в тяжелом состоянии, - это

а) дезактивация кожи

б) прием радиопротектора

в) реанимационные мероприятия

г) гемосорбция

д) купирование рвоты

022. Степень тяжести лучевого поражения определяется

а) содержанием радионуклидов на месте облучения

б) количеством "горячих" частиц в легких

в) количеством радионуклидов в организме

г) степенью угнетения кроветворения

023. Инфекционные осложнения у больных острой лучевой болезнью вероятны при следующем уровне нейтрофилов в крови

а) менее 3 000 в мкл

б) менее 100 в мкл

в) менее нормы

г) менее 500 в мкл

024. Кровоточивость возникает при следующем содержании тромбоцитов в крови

а) менее 150 тыс в мкл

б) менее 100 тыс в мкл

в) менее 50 тыс в мкл

г) менее 40 тыс в мкл

д) менее 10 тыс в мкл

025. Число случаев хронической лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности и энергетики составляет

а) до 10 случаев в год

б) нисколько

в) менее 100 случаев в год

г) менее 1000 случаев в год

д) 20-30 случаев в год

026. Шахтеры урановых шахт получают наибольшую дозу

а) на костный мозг

б) на печень

в) на легкие

г) на желудок

д) на щитовидную железу

027. Предпочтительным донором костного мозга для лечения больного острой лучевой болезнью являются

а) родители больного

б) родные братья или сестры

в) дети больного

г) другие члены семьи

028. Первое место среди причин смерти ликвидаторов аварии на ЧАЭС занимают

а) сердечно-сосудистые заболевания

б) онкологические заболевания

в) травмы и отравления

029. Первое место среди причин смерти у населения, проживающего на загрязненной территории, занимают

а) сердечно-сосудистые заболевания

б) онкологические заболевания

в) травмы и отравления

030. Нижеперечисленные злокачественные новообразования, наиболее вероятные для лиц, подвергшихся облучению в результате аварии на ЧАЭС

а) рак желудка

б) рак легкого

в) лейкозы

г) рак щитовидной железы

д) рак молочной железы

031. Наибольший вклад в риск (вероятность) развития злокачественных новообразований у населения, проживающего на загрязненных территориях, вносят

а) сельскохозяйственные работы без средств индивидуальной защиты

б) употребление алкоголя

в) курение

г) употребление продуктов местного производства

д) пребывание в лесах в зоне радиационного контроля

032. Медикаментозное лечение при острой лучевой болезни не показано

а) при дозах облучения менее 3 Гр

б) больным, у которых не было первичной реакции

в) больным с легкой степенью болезни

г) больным, получившим летальные дозы облучения

033. Главный принцип выбора санатория для лечения ликвидаторов и населения, проживающего в зонах аварии

а) направление в санатории, специализирующиеся на лечении лучевой патологии

б) направление на лечение в связи с имеющимися общесоматическими заболеваниями

в) не направлять в санаторий в летний период

г) не направлять в санаторий, если полученная доза превышает допустимые уровни

034. Особенности клинического лечения общесоматических заболеваний у человека, ранее подвергшегося облучению в малых дозах

а) никаких

б) утяжеление клинического лечения

в) большой процент выхода на инвалидность по общему заболеванию

г) переход острых форм в хронические

д) устойчивость к обычной терапии

**ОТВЕТЫ НА ВОПРОСЫ**

**Тема: 1 Социальная гигиена и организация радиологической службы**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Д | 002-Д | 003-Д | 004-А | 005-В | 006-Б | 007-Б |
| 008-Г | 009-Д | 010-Г | 011-Д | 012-В | 013-Б | 014-А |
| 015-А | 016-А | 017-Д | 018-Б | 019-Д | 020-Д | 021-Д |
| 022-Г | 023-Д | 024-Д | 025-Д | 026-Д | 027-Б | 028-А |
| 029-Б | 030-А | 031-Д | 032-А | 033-Г | 034-Г | 035-Г |
| 036-В | 037-В | 038-А | 039-Б | 040-А | 041-Д | 042-Б |
| 043-Б | 044-Д | 045-Д | 046-А | 047-Д | 048-Д | 049-Г |
| 050-Д | 051-Б | 052-Б | 053-А | 054-Д | 055-Г | 056-Г |
| 057-А | 058-Д | 059-Д | 060-В | 061-Б | 062-А | 063-В |
| 064-В | 065-В | 066-Г | 067-Г | 068-Д | 069-Б | 070-Д |
| 071-Д | 072-Д | 073-В | 074-Д | 075-Г | 076-В | 077-Д |
| 078-А | 079-А | 080-А | 081-В |  |  |  |

**Тема: 2 ФИЗИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ И ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-А | 002-Д | 003-Б | 004-В | 005-Д | 006-Д | 007-Д |
| 008-Д | 009-Б | 010-В | 011-Д | 012-Д | 013-А | 014-Д |
| 015-Д | 016-Г | 017-Б | 018-Д | 019-Д | 020-Д | 021-А |
| 022-В | 023-Д | 024-Б | 025-Б | 026-Д | 027-А | 028-Д |
| 029-В | 030-Б | 031-В | 032-В | 033-Б | 034-Д | 035-Д |
| 036-Г | 037-Г | 038-Г | 039-Г | 040-Д | 041-Б | 042-Г |
| 043-Б | 044-В | 045-Б | 046-Г | 047-Г |  |  |

**Тема: 3 РАДИОБИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСНОВЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Д | 002-Д | 003-Д | 004-Б | 005-Б | 006-Б | 007-Д |
| 008-А | 009-В | 010-Д | 011-Д | 012-В | 013-Б | 014-В |
| 015-Д | 016-А | 017-В | 018-Г | 019-Г | 020-Б | 021-А |
| 022-Б | 023-Б | 024-Д | 025-Б | 026-А | 027-Г | 028-Б |
| 029-Г | 030-А | 031-Д | 032-Д | 033-Д | 034-Д | 035-Д |
| 036-Д | 037-В | 038-В | 039-Г | 040-Г | 041-Г | 042-Г |
| 043-Г | 044-Г | 045-Г | 046-В | 047-В | 048-Г | 049-Г |
| 050-В | 051-Г | 052-Г | 053-В | 054-Г | 055-Г | 056-Б |
| 057-Б | 058-Б | 059-Д | 060-В | 061-Г | 062-Б | 063-В |
| 064-В | 065-В | 066-Г | 067-Г | 068-Д | 069-Г | 070-Б |
| 071-Д |  |  |  |  |  |  |

**Тема: 4 Гигиенические основы радиационной безопасности в лучевой терапии**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-А | 002-Д | 003-Б | 004-А | 005-Д | 006-Б | 007-Б |
| 008-В | 009-Б | 010-Д | 011-А | 012-Б | 013-В | 014-В |
| 015-Д | 016-Д | 017-Д | 018-Б | 019-Б | 020-А | 021-Г |
| 022-А | 023-Д | 024-Д | 025-А | 026-В |  |  |

**Тема: 5 МЕТОДЫ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ И ПРЕДЛУЧЕВОЙ ПОДГОТОВКИ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-А | 002-Д | 003-Б | 004-А | 005-Д | 006-Д | 007-Б |
| 008-А | 009-Б | 010-В | 011-Г | 012-А | 013-Б | 014-Б |
| 015-Д | 016-В | 017-Г | 018-Д | 019-А | 020-В | 021-Г |
| 022-В | 023-Д | 024-А | 025-Б | 026-А | 027-А | 028-Г |
| 029-А | 030-Г | 031-Б | 032-Г | 033-А | 034-Г | 035-Г |
| 036-Г | 037-Д | 038-В | 039-Б | 040-Д | 041-А | 042-Б |
| 043-Д | 044-В | 045-Б | 046-Г | 047-Д | 048-Г | 049-Г |
| 050-Д | 051-Д | 052-Д | 053-Д | 054-А | 055-В | 056-Д |
| 057-А | 058-Д | 059-В | 060-А |  |  |  |

**Тема: 6 ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Б | 002-А | 003-Г | 004-А | 005-А | 006-В | 007-А |
| 008-Д | 009-А | 010-Б | 011-А | 012-В | 013-А | 014-Д |
| 015-Д | 016-В | 017-Б | 018-Г | 019-Г | 020-В | 021-В |
| 022-А | 023-А | 024-А | 025-Г | 026-Д | 027-Д | 028-А |
| 029-Б | 030-Д | 031-Б | 032-Г | 033-Б | 034-В | 035-Б |
| 036-Д | 037-Г | 038-В | 039-В | 040-А | 041-Б | 042-В |
| 043-А | 044-Г | 045-А | 046-Д | 047-Д | 048-Д | 049-Д |
| 060-Б | 061-А | 062-Д | 063-Д | 064-Д | 065-Г | 066-В |
| 067-Б | 068-Г | 069-Д | 070-В | 071-В | 072-В | 073-Д |
| 074-Б | 075-Г | 076-В | 077-А | 078-А | 079-А | 080-Г |
| 081-Д | 082-Д | 083-А | 084-В | 085-Д | 086-А | 087-Г |
| 088-В | 089-Г | 090-Г | 091-В | 092-А | 093-Д | 094-Г |
| 095-Д | 096-А | 097-В | 098-Г | 099-А | 100-Г | 101-А |
| 102-Г | 103-А | 104-В | 105-А | 106-А | 107-А | 108-Б |
| 109-В | 110-В | 111-Г | 112-Г | 113-В | 114-А | 115-Д |
| 116-Г | 117-Д | 118-А | 141-Б | 142-А | 143-А | 144-Д |
| 145-Г | 146-А | 147-В | 148-Г | 149-А | 150-Д | 151-В |
| 152-В | 153-Г | 154-А | 155-В | 156-Г | 157-Б | 158-Д |
| 159-Г | 160-В | 161-Б | 162-Д | 163-Б | 164-А | 165-Б |
| 166-Г | 167-А | 168-Г | 169-Б | 170-Д | 171-В | 172-Д |
| 173-Г | 174-В | 175-Б | 176-А | 177-Б | 178-Д | 179-Б |
| 180-Г | 181-Д | 182-Г | 183-Г | 184-Б | 185-Д | 199-Д |
| 210-Д | 211-Д | 212-А | 213-Д | 214-Д | 215-Г | 216-А |
| 217-Д | 218-Д | 219-Г | 220-Д | 221-Б | 222-В | 223-Г |
| 224-Б | 225-А | 226-Б | 227-А | 228-Д | 229-Г | 230-Д |
| 231-В | 232-Д | 233-Д | 234-Г | 235-Б | 236-А | 237-Д |
| 238-Б | 239-Д | 240-Д | 241-А | 242-Г | 243-А | 244-Б |
| 245-Г | 246-Д | 247-В | 248-Д | 249-Б | 250-Д | 251-В |
| 252-В | 253-Б | 254-Б | 255-Д | 256-Д | 257-Д | 258-Д |
| 259-Б | 260-Б | 261-В | 262-Д | 263-Д | 264-Д | 265-Г |
| 266-Г | 267-Д | 268-Г | 269-Г | 270-Б | 271-Д | 272-А |
| 273-А | 274-Г | 275-А | 276-Б | 277-Г | 278-Д | 279-Б |
| 280-В | 281-Б |  |  |  |  |  |

**Тема: 7 ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОПУХОЛЕЙ ОРГАНОВ ГРУДНОЙ КЛЕТКИ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Д | 002-В | 003-А | 004-В | 005-Д | 006-Д | 007-В |
| 008-Д | 009-А | 010-Д | 011-А | 012-А | 013-Д | 014-Д |
| 015-В | 016-Д | 017-Г | 018-Г | 019-Д | 020-А | 021-А |
| 022-Д | 023-Д | 024-А | 025-Д | 026-Д | 027-Д | 028-Д |
| 029-Д | 030-Д | 031-Б | 032-Г | 033-В | 034-Д | 035-Г |
| 036-Д | 037-Д | 038-А | 060-А | 061-Д | 062-А | 063-А |
| 064-Д | 065-Д | 066-Д | 067-Г | 068-Д | 070-Б | 071-Г |
| 072-Б | 073-Д | 074-Д | 075-А | 076-Д | 077-Г | 078-В |
| 079-Д | 080-Г | 081-Д | 082-Б | 083-Д | 084-Д | 085-Д |
| 086-Д | 087-Д | 088-Б | 089-Д | 103-А | 104-А | 105-Д |
| 106-А | 107-А | 108-Д | 109-Д | 110-В | 111-Д | 112-Г |
| 113-Д | 114-Д | 115-В | 116-В | 117-А | 118-В | 119-Б |
| 120-Б | 121-А | 122-А | 123-Б | 124-В | 125-А | 126-Г |
| 127-Д | 128-Д | 129-Д | 130-Д | 131-Г | 132-Д | 148-Б |
| 149-Д | 150-А | 151-Д | 152-А | 153-Д | 154-Г | 155-Б |
| 156-Г | 157-Д | 158-Б | 159-Г | 160-Б | 161-А | 162-А |
| 163-Г | 164-Д | 165-Б | 166-Д | 167-Д |  |  |

**Тема: 8 Лучевая терапия органов малого таза**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Б | 002-В | 003-В | 004-Г | 005-В | 006-Д | 007-Д |
| 008-Д | 009-Б | 010-Г | 011-Г | 012-В | 013-Д | 014-А |
| 015-Г | 016-Г | 017-Д | 018-Д | 019-В | 020-В | 021-В |
| 022-Г | 023-Г | 024-В | 025-В | 026-В | 027-А | 028-В |
| 029-Д | 030-Б | 031-В | 032-Д | 042-Д | 043-Г | 044-В |
| 045-Г | 046-Д | 047-В | 048-Г | 049-Д | 050-Д | 051-В |
| 052-В | 053-Б | 054-В | 055-Б | 056-Г | 057-Г | 058-Д |
| 059-Г | 060-В | 061-Б | 062-В | 063-А | 064-Б | 067-Д |
| 068-В | 069-Г | 070-Б | 071-В | 072-В | 073-А | 074-А |
| 075-В | 076-Г | 077-Г | 078-Д | 079-Д | 080-В | 081-Г |
| 082-А | 083-А | 084-Д | 085-Д | 086-Г | 087-В | 088-Б |
| 089-Д | 090-В | 091-Д | 092-А | 093-Г | 094-А | 095-Г |
| 096-Г | 097-Б | 106-В | 107-Г | 108-Д | 109-А | 110-Г |
| 111-В | 112-Д | 113-Г | 114-В | 115-В | 116-А | 117-Б |
| 118-Б | 119-Г | 120-Д | 121-Г | 122-Г | 123-Д | 124-Б |
| 125-Б | 126-Г | 127-Г | 128-Б | 129-А | 130-Г | 131-Б |
| 132-Д | 133-Г | 134-В | 135-А | 136-Г | 137-Д | 138-Б |
| 139-А | 140-Г | 141-Г | 142-В | 143-Г | 144-А | 145-Д |
| 146-В | 147-В | 148-В | 149-Г | 150-В | 151-Д | 152-Б |
| 153-В | 154-Б | 155-А | 156-Г | 157-Б | 158-В | 159-Д |
| 160-Д | 161-Г | 162-А | 163-А | 164-Г | 165-Г | 166-Г |
| 167-Д | 168-Б | 169-В | 170-А | 171-Д | 172-А | 173-А |
| 174-Б | 175-Б | 176-А | 177-Д | 178-Г | 179-Д | 180-А |
| 181-А | 182-А | 183-Д | 184-Г | 185-Д | 186-А | 187-А |
| 188-Г | 189-Г | 190-А | 191-Г | 192-В | 193-В | 194-Б |
| 195-Г | 196-А | 197-Д | 198-В | 199-Б | 200-А | 201-А |
| 202-Д | 203-Д | 204-Д | 205-В | 206-Д | 207-Д | 208-Г |
| 209-Б | 210-В | 211-Г | 212-В | 213-В | 214-Б | 215-А |
| 216-В | 217-Д | 218-Д | 219-Г | 220-В | 221-В | 222-Д |
| 223-Д | 224-Д | 225-Д | 226-Б | 227-Г | 228-В | 229-Д |
| 230-Г | 231-А | 232-Г | 233-В | 234-Б | 235-Д | 236-Д |
| 237-В | 238-Г | 239-В | 240-Д | 241-А | 242-В | 243-В |
| 244-Д | 245-Д | 246-Г | 262-А | 263-Б | 264-А | 265-Б |
| 266-Д | 267-В | 268-Г | 269-Д | 270-Г | 271-Д | 272-Д |
| 273-А | 274-Д | 275-Д | 276-Д | 277-Г | 278-Д | 279-Г |
| 280-А | 281-Д | 282-Б | 283-А | 284-Д | 285-Д | 286-Д |
| 287-Г | 288-Д | 289-Б | 290-Д | 291-А | 292-В | 293-В |
| 294-А | 295-Г | 296-В | 297-Д | 298-А | 299-Б | 300-В |
| 301-Б | 302-Г | 303-Д | 304-Д | 305-Г | 306-Д | 307-Д |
| 308-Д | 309-В | 310-В | 311-В | 312-Г | 313-Б |  |

**Тема: 9 ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ГЕМОБЛАСТОЗОВ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Г | 002-В | 003-А | 004-В | 005-Д | 006-Д | 007-Д |
| 008-Г | 009-Д | 010-Д | 011-В | 012-А | 013-Д | 014-Б |
| 015-В | 016-Г | 017-Д | 018-А | 019-Г | 020-В | 021-А |
| 022-В | 023-Г | 024-Б | 035-А | 036-Б | 037-В | 038-Д |
| 039-Д | 040-В | 041-Г | 042-В | 043-Г | 044-Б | 045-А |
| 046-Д | 047-А | 048-Г | 049-Б | 050-Г | 051-Д | 052-Д |
| 053-Д | 054-Б | 055-Д | 056-Б | 057-Г | 058-Д | 059-Д |
| 060-В | 061-В | 062-Б | 063-Д | 064-Г | 065-Г | 066-Г |

**Тема: 10 ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ ОПУХОЛЕЙ ПРОЧИХ ЛОКАЛИЗАЦИЙ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Д | 002-Г | 003-В | 004-В | 005-Д | 006-А | 007-Д |
| 008-Д | 009-Г | 010-Д | 011-Г | 012-Д | 013-Б | 014-Б |
| 015-В | 016-Д | 017-Д | 018-А | 019-Д | 020-Д | 021-А |
| 022-А | 023-В | 024-А | 025-Б | 026-Г | 027-Д | 028-А |
| 029-А | 030-Б | 031-А | 032-В | 033-В | 034-Д | 035-Г |
| 036-Д | 037-А | 038-Г | 039-Д | 040-Г | 041-Г | 042-Г |
| 043-Д | 044-Б | 045-Д | 046-Г | 047-Д | 048-А | 049-Г |
| 050-Г | 051-Г | 052-В | 053-Д | 056-Б | 057-А | 058-Д |
| 059-Д | 060-В | 061-Г | 062-Г | 063-В | 064-Г | 065-Д |
| 066-Б | 067-Г | 068-Д | 069-Д | 070-Г | 071-В | 072-В |
| 073-Д | 074-Б | 075-Г | 076-Г | 077-А | 078-Г | 079-Д |
| 080-Б | 081-Б | 082-Г | 083-В | 084-А | 085-Г | 086-Б |
| 087-А | 088-Г | 089-Д | 090-Б | 091-Г | 092-В | 093-В |
| 094-Б | 095-В | 096-А | 097-Б | 098-Д | 099-В | 100-Г |
| 101-В | 102-Г | 103-Б | 104-А | 105-Г | 106-Б | 107-А |
| 0108-Б | 109-В | 110-Д | 111-Б | 112-В | 113-Б | 114-В |
| 115-Г | 116-Б | 117-Г | 118-Д | 119-Г | 120-А | 126-Г |
| 127-Д | 128-Г | 129-Б | 130-В | 131-Г | 132-Д | 133-Д |
| 134-Д | 135-В | 136-Д | 137-Г | 138-Г | 139-Д | 140-Д |
| 141-Г | 142-Д | 143-А | 144-Г | 145-Д | 146-Б | 147-Г |
| 148-Д | 149-А | 150-В | 151-Г | 152-Д | 153-Г | 154-Д |
| 155-В | 156-А | 157-В | 158-Б | 159-Г | 160-Г | 170-В |
| 171-А | 172-А | 173-Г | 174-Д | 175-Г | 176-В | 177-Б |
| 178-Д | 179-Г | 180-Д | 181-Д | 182-А | 183-А | 184-Д |
| 185-А | 186-А |  |  |  |  |  |

**Тема: 11 ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ НЕОПУХОЛЕВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Д | 002-Г | 003-Г | 004-Г | 005-Д | 006-Г | 007-Г |
| 008-Д | 009-Д | 010-Б | 011-Б | 012-В | 013-Г | 014-В |
| 015-Б | 016-Б | 017-Б | 018-Г | 019-А |  |  |

**Тема: 12 РЕАКЦИИ И ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Г | 002-Г | 003-Г | 004-Д | 005-А | 006-Д | 007-Д |
| 008-Г | 009-Г | 010-Б | 011-Г | 012-Г | 013-Д | 014-В |
| 015-Г | 016-Г | 017-Г | 018-В | 019-Д | 020-В | 021-Г |
| 022-В | 023-Б | 024-В | 025-Г | 026-Г | 027-А | 028-А |
| 029-Д | 030-А | 031-В | 032-Г | 033-Г |  |  |

**Тема: 13 ОСНОВЫ РАДИАЦИОННОЙ МЕДИЦИНЫ**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 001-Б | 002-А | 003-В | 004-А | 005-Б | 006-Г | 007-А |
| 008-Г | 009-В | 010-Б | 011-Б | 012-Б | 013-Г | 014-Б |
| 015-А | 016-Г | 017-А | 018-Б | 019-Б | 020-В | 021-В |
| 022-Г | 023-Г | 024-Г | 025-Б | 026-В | 027-Б | 028-В |
| 029-А | 030-Г | 031-В | 032-В | 033-Б | 034-А |  |