001. Автором открытия X-лучей является:

 Лондон Е.С.

 Беккерель А.

 Бергонье А.

 Рентген В.

 Кутар А.

002. Естественную радиоактивность открыл:

 Кюри М.

 Кюри П.

 Беккерель А.

 Лакассань А.

 Рего К.

003. Чистый радий был выделен:

 Трибондо Л.

 Рентген В.

 Кюри М. и П.

 Беккерель А.

 Шамов В.Н.

004. Авторами "закона о радиочувствительности тканей и опухоли" являются:

 Бергонье

 Лакассань А.

 Кюри М. и П.

 Рего К.

 Петров Н.Н.

 Трибондо Л.

 Кутар А.

005. Кто выдает разрешение на работу с источниками ионизирующих излучений:

 Главный врач лечебного учреждения

 Начальник органов внутренних дел

 Техническая инспекция профсоюза

 Органы роспотребнадзора

 Министр здравоохранения области

006. Вопросы охраны труда оговорены в следующих законодательствах:

 "Основы законодательства РФ"

 "Кодекс о труде РФ"

 ОСПОРБ 99/2010

 Конституция РФ

 Все варианты верны

007. Кто несет ответственность за выполнение инструкции по охране труда и производственной санитарии несут:

 Администрация учреждения

 Сотрудники радиотерапевтического отделения

 Роспотребнадзор

 Техническая инспекция профсоюза

 Министерство здравоохранения

008. Систему дозовых пределов и принципов их применения устанавливает следующий нормативный документ:

 ОСПОРБ 99/2010

 "Нормы радиационной безопасности НРБ — 99/2009"

 "Основы законодательства РФ"

 Приказы администрации учреждения

 Приказы администрации региона

009. Основные требования по обеспечению радиационной безопасности при работе с источниками ионизирующих излучений регламентирован в следующем документе:

 ОСПОРБ 99/2010

 "Нормы радиационной безопасности НРБ — 99/2009"

 "Основные стандарты" (ОСТы)

 Государственные основные стандарты (ГОСТы)

 санитарные нормы и правила (СНиПы)

010. Требования к набору помещений радиотерапевтического отделения предусмотрены следующим документом:

 ОСПОРБ 99/2010

 НРБ-99/2009

 ОСТами

 ГОСТами

 СНиПами

011. Размещение источников ионизирующих излучений запрещается в следующих зданиях:

 В детских дошкольных учреждениях

 В жилых зданиях

 В школах

 В детских поликлиниках

012. Радиотерапевтическое отделение с источниками излучения можно размещать:

 В отдельном бывшем жилом здании

 В отдельном крыле здания

 В одном из этажей онкодиспансера

 В специально оборудованном комплексе

 В нескольких отдельных комнатах

013. Необходимыми условиями безопасности в отделениях с закрытыми источниками ионизирующих излучений являются:

 Наличие специальной вентиляции и специальных помещений для хранения радиоактивных отходов и их дезактивации

 Специальная отделка помещений и палат

 Наличие средств защиты от воздействия радиации

 Механизация лечебных манипуляций, применение принципа последовательного введения эндостатов и источников излучения

 Наличие санитарно-защитной зоны

014. Защита персонала в отделениях дистанционной радиотерапии обеспечивается следующими мероприятиями:

 Планировкой и отделкой помещений

 Дистанционным управлением

 Автоблокировкой дверей

 Соблюдением инструкций при работе на гамма-терапевтических аппаратах и ускорителях

 Использованием индивидуальных средств защиты

015. При работе с открытыми радиоактивными источниками защита персонала обеспечивается следующими мероприятиями:

 Планировкой и отделкой помещений

 Защитой от внешнего и внутреннего облучения

 Своевременным сбором и удалением радиоактивных отходов

 Соблюдением правил личной гигиены

 Наличием санитарно-защитной зоны вокруг отделения

016. В обязанности руководителя службы радиационной безопасности входит:

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

 Контроль за выполнением программы мероприятий по обеспечению радиационной безопасности

 Контроль за правильностью лучевого лечения больных

 Разработка рекомендаций по дальнейшему совершенствованию мер радиационной безопасности

 Участие в разработке инструкций по радиационной безопасности, по предупреждению и ликвидации аварий

017. Основные направления текущего санитарного надзора в области радиационной безопасности:

 Контроль за соблюдением правил и норм радиационной безопасности при проведении всех видов работ с источниками ионизирующих излучения

 Контроль за ведением лечебным учреждением медицинской документации

 Контроль за своевременным переоформлением на продление санитарного паспорта

 Рассмотрение и подготовки заключений по технической документации на установку приборов и другую радиационную технику

 Расследование аварийных ситуаций

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

 МЗ и МП РФ

 Главного врача лечебного учреждения

 Главного специалиста региона

 Заведующего радиотерапевтическим отделением

 Лечащего врача

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

 АЭС

 Техническая инспекция профсоюза

 Администрация учреждения

 Районная поликлиника

 Главный специалист региона

020. Что соответствует (из указанного) понятию "Радиационная авария":

 Происшествие, при котором потерян контроль над источниками ионизирующих излучений

 Происшествие, приведшее к облучению людей

 Пожар в радиологическом отделении

 Происшествие, приведшее к загрязнению окружающей среды

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

021. Нижеперечисленные злокачественные новообразования, наиболее вероятные для лиц, подвергшихся облучению в результате аварии на ЧАЭС:

 Рак желудка

 Рак легкого

 Лейкозы

 Рак щитовидной железы

 Рак молочной железы

022. Какие работники относятся к категории "А":

 Персонал, постоянно работающий с источниками ионизирующих излучений

 Персонал, временно работающий с источниками ионизирующих излучений

 Персонал, работающий в санитарно-защитной зоне

023. Допустимая мощность дозы относится к следующему классу нормативов:

 Основные дозовые пределы

 Допустимые уровни

 Контрольные уровни

 Критические уровни

 Минимальные уровни

024. О чем должен врач поставить в известность больного перед началом лучевого лечения:

 Все варианты верны

 О возможности появления лучевых реакций

 О лучевых осложнениях в процессе лучевой терапии

 О возможном результате лечения

 О режиме во время лучевого лечения

025.Кому радиотерапевт не имеет права сообщать диагноз больного без его согласия:

 Все варианты верны

 По телефону

 Лицам, не являющимся ближайшими родственниками больного или членами его семьи

 Коллегам по работе

 Жене или мужу, родителям, детям и пр.

026. Норматив установления одной должности врача в радиотерапевтических отделениях:

 на 10 больных

 на 12-15 больных

 на одну гамма-терапевтическую установку в смену

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

 Руководитель управления роспотребнадзора

 Заведующий радиотерапевтическим отделением

 Главный врач лечебного учреждения

 Министр здравоохранения

 Главный радиотерапевт города, области и т.д.

028. Первично-реагирующей системой при лучевой болезни является:

 Центральная нервная система

 Сердечно-сосудистая система

 Система органов кроветворения

 Пищеварительная система

 Иммунная система

029. Пороговая доза для развития острой лучевой болезни составляет:

 0.5 Гр

 1 Гр

 2 Гр

 3 Гр

 4 Гр

030. Наиболее ранними изменениями клинического анализа крови при острой лучевой болезни является уменьшение содержания следующих элементов:

 Эритроцитов

 Лейкоцитов

 Нейтрофилов

 Лимфоцитов

 Тромбоцитов

031. Единица активности:

 Рентген

 Грей

 Беккерель

 Рад

 Зиверт

032. Единица поглощенной дозы:

 Грей

 Зиверт

 Рентген

 Кюри

 Бэр

033. Мероприятием, которое нужно проводить по предупреждению медицинского облучения плода на начальных сроках беременности, является:

 Производить рентгеновские исследования в первые 10 дней менструального цикла

 Производить рентгеновские исследования во второй половине менструального цикла

 Не использовать флюорографию у женщин детородного возраста

 Перед рентгеновским исследованием направить женщину на осмотр к гинекологу

034. Опасность, которую может представлять больной после внешнего гамма-облучения для медицинского персонала:

 От тела больного исходит гамма-излучение

 Больной выделяет с мочой радионуклиды

 Никакую

035. Степень тяжести лучевого поражения определяется:

 Содержанием радионуклидов на месте облучения

 Количеством "горячих" частиц в легких

 Количеством радионуклидов в организме

 Степенью угнетения кроветворения

036. Число случаев хронической лучевой болезни у работников предприятий атомной промышленности и энергетики составляет:

 До 10 случаев в год

 Нисколько

 Менее 100 случаев в год

 Менее 1000 случаев в год

 20-30 случаев в год

037. Шахтеры урановых шахт получают наибольшую дозу:

 На костный мозг

 На печень

 На легкие

 На желудок

 На щитовидную железу

038. Предпочтительным донором костного мозга для лечения больного острой лучевой болезнью являются:

 Верный ответ: 2

 Родители больного

 Родные братья или сестры

 Дети больного

 Другие члены семьи

039. К ионизирующим излучениям относятся:

 Квантовое (фотонное) и корпускулярное

 Световое (видимая часть спектра)

 Ультрафиолетовое

 Лазерное

 Инфракрасное

040. К единицам измерения поглощенной дозы относятся:

 Рад

 Грей

 Рентген

 Джоуль/кг

041. Активность радионуклида - это:

 Число радиоактивных ядер

 Скорость распада в единицу времени

 Число радиоактивных ядер в 1 мг радиоактивного вещества

042. Единицами измерения активности являются:

 Кюри

 Беккерель

 Рентген

 Зиверт

043. Определение экспозиционной дозы связано с эффектами:

 Ионизации воздуха под действием излучения

 Химического действия излучения

 Теплового действия излучения

 Световозбуждающего действия излучения

 Повышения электропроводности под действием излучения

044. Единицами измерения экспозиционной дозы являются:

 Рентген

 Кулон/кг

 Грей

 Рад

045. Период полураспада радионуклида (Т1/2)-это:

 интервал времени, в течение которого распадается половина атомов радионуклида

 время, в течение которого масса вещества, содержащего радиоактивные атомы, уменьшается вдвое

время, за которое масса ядра радиоактивного атома уменьшается в два раза

время, в течение которого половина радиоизотопов выводится из организма в результате биологических процессов

время, в течение которого действие радиоизотопа снижается вдвое

показатель, учитывающий уменьшение содержания радионуклида в органе за счет совместного влияния и радиоактивного распада и биологического выделения

046. Ядрами атомов испускаются излучения:

 рентгеновское характеристическое

 рентгеновское тормозное

 ультрафиолетовое

 гамма-излучение

 бета-излучение

 альфа-излучение

 радиоволны

 инфракрасное излучение

 звуковая волна

 нейтронное излучение

047. К ионизирующим излучениям относятся:

 инфракрасное излучение

 альфа-излучение

 рентгеновское излучение

 радиоволны

 бета-излучение

 гамма-излучение

 ультрафиолетовое излучение

 нейтронное излучение

 звуковые волны

048. Укажите различие между радионуклидом и изотопом:

 радионуклид – природный источник ионизирующего излучения, изотоп – антропогенный источник ионизирующего излучения;

 изотоп – продукт распада радионуклида;

 радионуклиды – элементы (атом с одинаковым количеством протонов в ядре), обладающие радиоактивностью, изотопы – элементы с различным числом нейтронов.

049. К каким организмам в полной мере применимо понятие эффективной дозы?

 К человеку

 К человеку и животным

 Ко всем биологическим организмам.

050. Период полураспада 60Со составляет?

 5,25 лет

 30 лет

 26 лет

051. В.К. Рентген открыл излучение, названное впоследствии его именем в:

 1890 году

 1895 году

 1900 году

 1905 году

052. Источником электронов в рентгеновской трубке служит:

 вращающийся анод

 нить накала

 фокусирующая чашечка

 вольфрамовая мишень

053. К корпускулярному излучению относятся:

 Все варианты верны

 электроны

 протоны

 нейтроны

 дейтроны

054. Рентгеновское излучение:

 коротковолновое, электромагнитное

 средневолновое, электромагнитное

 длинноволновое, электромагнитное

055. Квантовым излучением обладают:

 рентгеновские лучи

 бета излучение

 гамма лучи

056. Радионуклидные источники для дистанционной лучевой терапии:

 Кобальт-60

 Калифорний-252

 Цезий-136

 Иридий-192

057. К закрытым радионуклидным источникам для контактной лучевой терапии относятся:

 Цезий-137

 Фосфор-32

 Кобальт-60

 Иридий-192

 Калифорний-252

058. Относительная глубинная доза гамма-излучения - это:

 Доза излучения на некоторой глубине в облучаемом теле

 Отношение дозы излучения на некоторой глубине в теле к дозе на ее поверхности

 Отношение дозы излучения на некоторой глубине к дозе в максимуме ионизации

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

 Ширина поля облучения

 Расстояние от источника до поверхности

 Расстояние от источника до края коллимирующей диафрагмы

 Длина поля облучения

 Мощность дозы в опорной точке

060. На ширину геометрической полутени дистанционного пучка гамма-излучения влияют следующие факторы:

 Расстояние от источника до поверхности облучения

 Расстояние от источника до коллимирующей диафрагмы

 Размер поля облучения

 Размер источника излучения

061. Смысл применения краевых защитных блоков заключается:

 В уменьшении геометрической полутени пучка гамма-излучения

 В уменьшении физической полутени пучка

 В защите отдельных органов от излучения

 В создании неоднородного дозного поля в облучаемом теле

 В создании плато изодоз

062. Смысл применения клиновидных фильтров заключается:

 В увеличении относительных глубинных доз

 В создании наклона плато изодоз

 В уменьшении поверхностной дозы

 В создании неоднородного дозного поля в облучаемом теле

 В щажении критических органов

063. К источникам электронного излучения относятся:

 Радионуклиды, распадающиеся с испусканием b-частиц

 Линейные ускорители электронов

 Рентгенотерапевтические аппараты

 Бетатроны

 Микротроны

064. К аппаратам, генерирующим низкоэнергетическое рентгеновское излучение, относятся:

 РТА-02

 РУМ-20

 РУМ-21

 АГАТ-С

065. 27. При проведении короткодистанционной лучевой терапии используется излучение с эффективной энергией:

 1.25 МэВ

 10-20 МэВ

 10-20 кэВ

 20-100 кэВ

 110-150 кэВ

066. Параметрами низкоэнергетического рентгеновского излучения для планирования лучевого лечения являются:

 Эффективная энергия или слой половинного ослабления (СПО)

 Напряжение генерирования

 Площадь поля облучения

 Анодный ток

 Расстояние источника - поверхность (РИП)

067. При внутритканевом облучении имеют место следующие этапы планирования:

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

 Построение топометрической карты

 Выбор схемы размещения, числа препаратов, их длины

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

 Вычисление мощности дозы в точке дозирования и времени облучения

068. К правилам размещения радиоактивных препаратов при внутритканевом облучении относятся:

 Система правил Патерсона-Паркера (манчестерская)

 Система правил Пэркена (парижская)

 Карты готовых дозных распределений от различных вариантов размещения радиоактивных препаратов

 Личный опыт врача-радиолога

069. Предметом изучения радиобиологии являются:

 радиационные эффекты на молекулярном, клеточном, тканевом, организменном уровнях организации живого

 механизмы развития радиационных эффектов в живых системах

 модифицирующие влияния на проявления биологических эффектов радиации

 самопроизвольный распад радиоэлементов

 распад ядра атомов тяжелых элементов под влиянием воздействия нейтронов

 модификация действия ионизирующего излучения на живое факторами нерадиационной природы

 поиск новых радиоактивных элементов

 утилизация радиоактивных отходов

 разработка средств медицинской защиты от действия ионизирующего излучения

 разработка приборов для измерения уровня радиации на местности

070. Кто обнаружил связь между радиочувствительностью ткани и уровнем пролиферативной активности составляющих ее клеток?

 Рентген

 Бергонье и Трибондо

 Кузин

 Беккерель

071. Кто сформулировал принципы структурно-метаболической теории действия излучения?

 Рентген

 Бергонье и Трибондо

 Кузин

 Беккерель

072. Расположите основные стадии в действии ионизирующих излучений на биологические системы в последовательности их развития:

1)химическая 2)физическая 3)первичной эритемы 4)биологическая 5)органная 6)физико-химическая

 6-1-2-3

 2-6-1-4

 3-1-4-5

 5-2-3-1

 1-2-4-6

073. Какие процессы протекают физико-химической стадии действия ионизирующих излучений:

 перераспределение поглощенной энергии внутри молекул и между ними, образование свободных радикалов

 последовательное развитие поражения на всех уровнях биологической организации: от субклеточного до организменного, активация процессов биологического усиления и репарации повреждений

 поглощение энергии излучения; образование ионизированных и возбужденных атомов и молекул

 реакции между свободными радикалами, между радикалами и неактивированными молекулами, образование широкого спектра молекул с измененными структурой и функциональными свойствами

074. Какие процессы протекают на химической стадии действия ионизирующих излучений:

 перераспределение поглощенной энергии внутри молекул и между ними, образование свободных радикалов

 последовательное развитие поражения на всех уровнях биологической организации: от субклеточного до организменного, активация процессов биологического усиления и репарации повреждений

 поглощение энергии излучения; образование ионизированных и возбужденных атомов и молекул

 реакции между свободными радикалами, между радикалами и неактивированными молекулами, образование широкого спектра молекул с измененными структурой и функциональными свойствами

075. Повреждение каких макромолекул имеет наибольшее значение для судьбы облученной клетки:

 РНК

 липополисахариды

 полисахариды

 нуклеиновые кислоты

 мукополисахариды

 липопротеиды

 ферменты

 ДНК

 белки

 гормоны

076. Интерфазная гибель клеток — это:

 полная утрата способности клеток к делению

 гибель клеток вне связи с процессами клеточного деления

 является прежде всего следствием повреждения ядерной ДНК

 наблюдается только в покоящихся клетках

связана с повреждением хромосом

 апоптоз

 является следствием повреждения внутриклеточных мембран продуктами перекисного окисления липидов

 является прежде всего следствием повреждения ферментов и нарушения клеточного метаболизма

 происходит во время митоза

 некроз

077. Что из перечисленного можно отнести к ближайшим проявлениям радиобиологического эффекта:

 острая лучевая реакция

 гипопластические процессы

 сокращение продолжительности жизни

 лучевой дерматит

 опухоли

 гемобластозы

 острая лучевая болезнь

 дистрофические процессы

 склеротические процессы

 лучевая алопеция

078. При каких дозах облучения развивается костномозговая форма I степени тяжести острой лучевой болезни:

 10-20 Гр

 4-6 Гр

 20-50 Гр

 более 50 Гр

 1-2Гр

079. При каких дозах облучения развивается церебральная форма острой лучевой болезни:

 10-20 Гр

 4-6 Гр

 20-50 Гр

 более 50 Гр

 1-2Гр

080. При каких дозах облучения развивается кишечная форма острой лучевой болезни:

 10-20 Гр

 4-6 Гр

 20-50 Гр

 более 50 Гр

 1-2Гр

081. Какие периоды выделяют в клинической картине костномозговой формы острой лучевой болезни:

 период общей первичной реакции на облучение

 период разгара болезни

 период кардиоваскулярных расстройств

 период восстановления

 гипотермический период

 скрытый период

 гипертермический период

 первичной эритемы

 ранней преходящей недееспособности

 сосудистый

082. Симптомокомплекс первичной реакции организма на облучение проявляется:

 слабостью

 головной болью

 тошнотой

 рвотой

 геморрагическим синдромом

 агранулоцитозом

 повышением температуры тела

 токсемией

 кровоизлияниями

 утратой работоспособности

083. Наиболее патогенетически значимыми проявлениями периода разгара острой лучевой болезни являются:

 инфекционные осложнения

 трофические расстройства

 геморрагический синдром

 сердечная недостаточность

 сосудистая недостаточность

 расстройства функции желудочно-кишечного тракта

 интоксикация продуктами распада тканей, радиотоксинами и токсинами кишечной микрофлоры

 гибель нейронов головного мозга

 лимфопения

 сосудистая недостаточность, отек головного мозга

084. Для купирования симптомов первичной реакции на облучение можно использовать:

 цистамин

 индралин

 латран

 диметпрамид

 никотинамид

 метацин

085. К средствам и методам ранней патогенетической терапии радиационных поражений относятся:

 дезинтоксикационные средства и методы

 средства, понижающие утилизацию кислорода в клетках

 иммуномодуляторы

 адаптогены

 стимуляторы регенерации

086. Особенности нейтронного воздействия на организм:

 более высокое значение линейной передачи энергии по сравнению с гамма-излучением

 линейная плотность ионизации при нейтронном облучении ниже, чем при воздействии гамма-лучей

 молекулярные повреждения легче поддаются репарации, чем повреждения при гамма-облучении

 поглощенная доза распределяется по телу менее равномерно по сравнению с гамма-облучением

 меньшая проникающая способность по сравнению с рентгеновскими и гамма-излучениями

 сильнее поражается кишечный эпителий, по сравнению с кроветворной тканью

 более выражено поражение кроветворной ткани, по сравнению с другими видами облучения

 большая выраженность первичной реакции на облучение и РПН-синдрома

 признаки более тяжелого повреждения органов и тканей на стороне тела, обращенной к источнику излучения

 менее выражена общая первичная реакция на облучение, период разгара наступает позже, чем при гамма-облучении

087. Какие из перечисленных радиоактивных веществ способны к избирательному накоплению в щитовидной железе:

 цезий

 лантоноиды

 плутоний

 тритий

 радий

 йод

 торий

 радон

 калий

 полоний

088. Какие из перечисленных радиоактивных веществ равномерно распределяются по органам и тканям

 цезий

 лантоноиды

 плутоний

 тритий

 радий

 йод

 торий

 радон

 калий

 полоний

089. К радиочувствительным могут быть отнесены все перечисленные ниже опухоли, кроме:

 лимфогранулематоза

 лимфосаркомы

 семиномы

 аденокарциномы желудка

 мелкоклеточного рака легкого

090. Наиболее радиорезистентной опухолью из перечисленных является:

 плоскоклеточный неороговевающий рак

 семинома

 опухоль Юинга

 остеогенная саркома

 мелкоклеточный рак легкого

091. Основными механизмами физического взаимодействия ионизирующих излучений с веществом является:

 Ионизация молекул

 Передача заряда

 Возбуждение молекул

 Гидролиз воды

092. Теория "мишени" - это:

 Воздействие ионизирующего излучения на ферменты

 Воздействие на генетический аппарат

 Воздействие на молекулы ДНК и РНК

 Повреждение оболочки клетки

093. Высокую степень радиочувствительности имеют следующие органы и ткани:

 Лимфоидная ткань

 Кожа

 Тимус

 Костный мозг

 Яички и яичники

094. Среднюю степень радиочувствительности имеют следующие органы и ткани:

 Кожа

 Слизистая оболочка полости рта

 Слизистая пищевод

 Слизистая мочевого пузыря

 Мышечная ткань

095. Радиорезистентными являются следующие органы и ткани:

 Тонкий кишечник

 Печень

 Глия

 Мышечная ткань

 Костная ткань у взрослых

096. Высокой радиочувствительностью обладают опухоли:

 Лимфоэпителиомы

 Семиномы

 Плоскоклеточный рак кожи

 Базалиомы

 Опухоли Вильмса

097. Средней степенью радиочувствительности обладают опухоли:

 Рак шейки матки

 Рак носоглотки

 Рак голосовых складок

 Рак органов полости рта

 Саркома Юинга

098. Радиорезистентными являются опухоли:

 Остеогенная саркома

 Хондросаркома

 Рабдомиосаркома

 Рак желудка

 Мелкоклеточный рак легкого

099. Опухолевая клетка чувствительна к ионизирующему излучению в следующих фазах клеточного цикла:

 Фаза митоза (m)

 Пресинтетическая фаза (S1)

 Фаза синтеза (S)

 Постсинтетическая фаза (S2)

100. Конвенциальное фракционирование-это облучение 1 раз в день, 5 раз в неделю, РОД:

 1.5 Гр

 1.8-2.0 Гр

 3.0-3.5 Гр

 4.0-4.5 Гр

 5.0 Гр

101. При среднем фракционировании разовая очаговая доза составляет:

 1.5 Гр

 2.0 Гр

 2.5-5.0 Гр

 6.0-10.0 Гр

 11.0-15 Гр

102. Показаниями для применения крупных фракций являются:

 Радикальная программа лучевой терапии при радиорезистентных опухолях

 Предоперационное облучение при операбельных опухолях

 Послеоперационное облучение

 Паллиативная лучевая терапия при метастазах в кости

103. Целями предоперационной лучевой терапии методом обычного фракционирования являются:

 Разрушение малодифференцированных опухолевых клеток

 Перевод опухоли из неоперабельного состояния в операбельное

 Нанесение летальных повреждений субклиническим очагам опухолевого роста

 Улучшение заживления раны

 Нанесение сублетальных повреждений микрометастазам рака в удаляемых во время операции лимфатических узлах

104. К недостаткам предоперационного облучения методом классического фракционирования относятся:

 Задержка момента операции

 Увеличение кровопотери во время операции

 Увеличение числа осложнений в послеоперационном периоде

 Ухудшение результатов лечения по сравнению с чисто хирургическим методом

 Снижение иммунологических показателей

105. Величина суммарной очаговой дозы при проведении предоперационного облучения составляет:

 30 Гр

 40 Гр-46 Гр

 50-60 Гр

 70-100 Гр

 100-120 Гр

106. Величина интервала между окончанием предоперационного облучения классическими фракциями и операцией составляет:

 Интервала нет

 2-3 недели

 4 недели

 5 недель

 6 недель

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

 Интервала нет

 1-3 дня

 4-7 дней

 8-14 дней

 15-21 день

108. Задачами послеоперационного облучения являются:

 Снижение числа местных рецидивов

 Снижение числа метастазов в регионарные лимфатические узлы

 Снижение числа отдаленных метастазов

 Улучшение выживаемости онкологических больных

 Улучшение заживления послеоперационного шва

109. При проведении послеоперационного облучения применяются следующие разовые дозы:

 1.5 Гр

 1.8-2.0 Гр

 2.1-2.5 Гр

 2.6-3.0 Гр

 Более 3 Гр

110. Симптомами общей лучевой реакции являются:

 Головная боль

 Нарушение сна

 Неустойчивое настроение

 Повышение аппетита

 Тошнота, рвота

111. Со стороны сердечно-сосудистой системы в процессе облучения могут возникнуть изменения:

 Тахикардия

 Брадикардия

 Экстрасистолия

 Снижение артериального давления

 Отрицательная динамика на ЭКГ

112. Симптомами лучевого пульмонита являются:

 Боль при дыхании

 Повышение температуры

 Сухой кашель

 Жидкий стул

 Затруднение дыхания

113. Симптомами лучевого энтерита являются:

 Рвота

 Боли в животе

 Жидкий частый стул

 Примесь крови в каловых массах

 Усиленная перистальтика кишечника

114. Симптомами лучевого цистита являются:

 Боли при мочеиспускании

 Учащение мочеиспускания

 Появление мутной мочи

 Наличие примеси крови в моче

 Задержка мочеиспускания

115. Сухой эпидермит возникает после подведения следующих суммарных очаговых доз:

 20-25 Гр

 26-30 Гр

 31-35 Гр

 36-39 Гр

 40-45 Гр

116. Влажный эпидермит возникает после подведения следующих суммарных очаговых доз:

 20-25 Гр

 30-35 Гр

 40-45 Гр

 50-60 Гр

 Свыше 60 Гр

117. Очаговый радиоэпителиит возникает после подведения очаговой дозы, равной:

 б20-25 Гр

 26-30 Гр

 31-35 Гр

 36-40 Гр

 41-45 Гр

118. Сливной радиоэпителиит возникает после подведения очаговой дозы, равной:

 20-25 Гр

 26-35 Гр

 36-45 Гр

 46-55 Гр

 Свыше 65 Гр

119. При облучении больных со стороны крови наблюдаются следующие изменения:

 Лейкопения

 Лимфопения

 Тромбопения

 Эритроцитоз

120. Толерантными для кожи при классическом фракционировании являются следующие очаговые дозы:

 30-39 Гр

 41-45 Гр

 51-59 Гр

 60-65 Гр

 Свыше 65 Гр

121. Толерантными для кожно-жировой клетчатки при классическом фракционировании является доза:

 30-39 Гр

 40-49 Гр

 50-55 Гр

 60 Гр

 Свыше 65 Гр

122. Толерантной для слизистой оболочки полости рта при классическом фракционировании является доза:

 10-15 Гр

 16-25 Гр

 26-30 Гр

 31-40 Гр

 41-50 Гр

123. Толерантной для хряща при классическом фракционировании является доза:

 20-29 Гр

 30-39 Гр

 40-49 Гр

 55-60 Гр

 65-70 Гр

124. Толерантной для кости при классическом фракционировании является доза:

 30-44 Гр

 45-59 Гр

 60-70 Гр

 75-80 Гр

 Свыше 80 Гр

125. Толерантной для головного мозга при классическом фракционировании является доза:

 10-19 Гр

 20-29 Гр

 30-35 Гр

 36-40 Гр

 41-45 Гр

126. Толерантной для легкого при классическом фракционировании является доза:

 10-19 Гр

 20-24 Гр

 25-30 Гр

 30-35 Гр

 40-45 Гр

127. Толерантной для пищевода при классическом фракционировании является:

 30-39 Гр

 40-49 Гр

 55 Гр

 60 Гр

 65 Гр

128. Толерантной для тонкого кишечника при классическом фракционировании является доза:

 20 Гр

 25 Гр

 30 Гр

 35 Гр

 40-45 Гр

129. Толерантной для прямой кишки при классическом фракционировании является доза:

 40 Гр

 50 Гр

 60 Гр

 65 Гр

 70 Гр

130. Толерантной для мочевого пузыря при классическом фракционировании является доза:

30-40 Гр

 41-50 Гр

 55 Гр

 60 Гр

 65-70 Гр

131. Толерантной для почки при обычном фракционировании является доза:

5 Гр

 8 Гр

 10 Гр

 15 Гр

 20 Гр

132. Толерантной для яичника при классическом фракционировании является доза:

15 Гр

 3 Гр

 5 Гр

 8 Гр

 10 Гр

133. Толерантной для костного мозга при классическом фракционировании является доза:

5 Гр

 8 Гр

 10 Гр

 15 Гр

 20 Гр

134. Толерантной для печени при классическом фракционировании является доза:

20 Гр

 30 Гр

 40 Гр

 50 Гр

 60 Гр

135. Чему равен предел дозы профессионального облучения персонала?

эффективная доза 20 мЗв/год за любые последовательные 5 лет, но не более 50 мЗв/год

 эквивалентная доза на радиочувствительные органы 50 мЗв/год

 эффективная доза 50 мЗв/год за любые последовательные 5 лет

136. Какой источник естественного радиационного фона вносит наибольший вклад в облучение человека?

космическое излучение

 естественные радионуклиды в почве и воде

 ингаляция радона

137. Что такое эффективная доза:

поглощенная доза в наиболее радиочувствительном органе

 взвешенная сумма органных эквивалентных доз

 взвешенная сумма поглощенных доз для наиболее радиочувствительных органов

138. Назовите оптимальный дозиметр для индивидуального радиационного контроля:

конденсаторная ионизационная камера

 сцинтилляционный дозиметр

 термолюминесцентный дозиметр

139. Предел эффективной дозы за весь период трудовой деятельности для персонала:

20 мЗв

 20 Зв

 1 Зв

 50 Зв

140. Работы в области обращения с источниками ионизирующего излучения осуществляются только на основании:

лицензии

 федеральных законов

 санитарных норм

141. К лучевым реакциям относится:

фиброз

 лучевая язва

 эритема кожи

 лучевой рак

 пневмосклероз

142. Для стохастических эффектов характерно:

Наличие порога дозы

 Отсутствие порога дозы

 Отсутствие связи между дозой и тяжестью проявления эффекта

 Наличие связи между дозой и вероятностью проявления

143. К гигиеническим нормативам внутреннего облучения лиц категории А относятся:

Предельно допустимые дозы (ПДД)

 Предел дозы (ПД)

 Предельно допустимое годовое поступление радионуклида через органы дыхания (ПДП)

 Допустимое содержание радионуклида в воздухе рабочей зоны (ДСА)

 Допустимая концентрация радионуклида в воздухе рабочей зоны (ДКА)

144. К гигиеническим нормативам внешнего облучения лиц категории Б относятся:

Предельно допустимая доза (ПДД)

 Предел дозы (ПД)

 Допустимая мощность дозы (ДМДб)

 Допустимая плотность потока частиц (ДППб)

145. Эквивалентная доза определяется:

В рентгенах

 В радах

 В зивертах

 В бэрах

146. Объем радиационного контроля в кабинете дистанционной гамма-терапии включает:

Индивидуальный контроль доз внешнего облучения персонала

 Индивидуальный контроль доз внутреннего облучения персонала

 Измерение мощности дозы гамма-излучения на рабочих местах

 Контроль эффективности конструкционной защиты гамма-аппарата

 Контроль блокировочных устройств на входе в процедурную

147. Основными факторами радиационной безопасности при работе линейного ускорителя являются:

Пучки электронов

 Озон и окисли азота

 Тормозное излучение

 Фотонейтроны

 Неиспользуемое рентгеновское излучение

148. За хранение и учет источников ионизирующих излучений несут ответственность:

Роспотребнадзор

 Администрация

 Ответственный за учет и хранение источников ионизирующих излучений

149. Гигиенические требования к транспортировке источников ионизирующих излучений регламентируются:

Особой инструкцией министерства внутренних дел

 Правилами безопасности при транспортировке радиоактивных веществ

 Правилами администрации учреждений

 Основными правилами безопасности и физической защиты при перевозке ядерных материалов

150. Запрещается выливать жидкие радиоактивные отходы в следующие сооружения:

Колодцы

 Скважины

 Спецканализация

 Поля фильтрации

 Поля орошения

151. Причинами изменения частоты и вида лучевых реакций и осложнений являются:

Использование новых видов излучений

 Широкое применение радикальных программ лучевой терапии

 Увеличение продолжительности жизни больных, которым проводилась лучевая терапия

 Изменение образа жизни и характера питания больных

152. Частота лучевых реакций и осложнения зависят от следующих факторов:

Суммарная очаговая доза

 Режим фракционирования

 Объем облучения

 Морфология опухоли

 Квалификация врача

153. К ранним реакциям относятся:

Эпителиит слизистой полости рта

 Эзофагит

 Пульмонит

 Влажный эпидермит

 Энтероколит

154. К ранним лучевым реакциям могут быть отнесены:

Цистит

 Ректит

 Лучевая язва

155. Клиника лучевых реакций в полости рта включает:

Снижение вкусовых ощущений

 Сухость во рту

 Выпадение зубов

156. Профилактика лучевых реакций в полости рта включает следующие мероприятия:

Все варианты верны

 Санация полости рта

 Удаление металлических коронок до начала курса лучевой терапии

 Гигиенический уход за полостью рта в процессе лечения

 Применение оптимизированных программ дистанционной лучевой терапии

 Разработка оптимальных методик сочетанной лучевой терапии

157. Основными симптомами лучевого пульмонита являются:

Кашель

 Одышка

 Боли в грудной клетке

 Повышение температуры

 Кровохарканье

158. Ранние лучевые повреждения возникают через:

1-2 недели после окончания облучения

 3-4 недели после окончания облучения

 5-6 недель после окончания облучения

 2-3 месяца после окончания облучения

 4 и более месяцев после окончания облучения

159. Поздние лучевые повреждения возникают через:

1-1.5 месяцев после окончания облучения

 2-3 месяца после окончания облучения

 3 и более месяцев после окончания облучения

160. Симптомами ранних лучевых реакций кишечника являются:

Все варианты верны

 Снижение аппетита

 Вздутие живота

 Понос

 Рвота

 Разлитая болезненность живота

161. Методами лечения лучевых реакций кишечника являются:

Все варианты верны

 Применение спазмолитиков

 Нормализация кишечной флоры

 Витаминотерапия

 Ишио-ректальные блокады

 Местное противовоспалительное лечение

162. Поздними лучевыми повреждениями костей являются:

Остеопороз

 Остеонекроз

 Артроз

 Остеомиэлит

 Патологический перелом

163. Переломы облученных костей могут возникать в сроки:

Через несколько дней, недель после окончания облучения

 Через 1-1.5 года

 Через 4-5 лет

 Через 8-10 лет

 Через 12-15 лет

164. Саркомы мягких тканей после применения лучевой терапии могут возникать:

Через 1-2 месяца

 Через 6-12 месяцев

 Через 2-3 года

 Через 4-5 лет

 Через 12-15 лет

165. Для консервативного лечения лучевых язв должны назначаться следующие лечебные мероприятия:

Антибактериальная терапия

 Иммунотерапия

 Активные биостимуляторы (мумие и др.)

 Витамины

 Сосудорасширяющие средства

166. Дистанционная лучевая терапия - это метод:

Лучевого лечения с использованием облучения внешними пучками

 Лучевого лечения с использованием источников излучения, вводимых в естественные полости человека

 Лучевого лечения с использованием источников излучения, вводимых в ткань опухоли

 Облучения радиоактивными препаратами, имеющими тропность к опухоли

 Эндолимфатического введения радионуклидов

167. Для дистанционной лучевой терапии используются следующие виды излучения:

Нейтронное

 Электронное

 Гамма-излучение

 Рентгеновское

 Лазерное

168. Для дистанционной лучевой терапии используются радионуклид:

Иридий-192.

 Кобальт-60.

 Стронций-90.

 Золото-198.

 Фосфор-32.

169. Для дистанционной электронной терапии используются следующие аппараты:

Линейные ускорители электронов

 Бетатроны

 Циклотроны

 Аппараты для короткодистанционной рентгенотерапии

170. Для дистанционной лучевой терапии высокоэнергетическим тормозным рентгеновским излучением используются:

Гамма-терапевтические аппараты

 Бетатроны

 Линейные ускорители электронов

 Аппараты для короткодистанционной рентгенотерапии

171. Для дистанционной нейтронной терапии используются следующие аппараты и источники излучения:

Калифорний-252

 Циклотрон

 Линейные ускорители электронов

 Микротроны

 Бетатроны

172. Способами облучения при статической дистанционной лучевой терапии являются:

Однопольное облучение

 Двухпольное облучение

 Секторное облучение

 Облучение с формирующими устройствами

 Многопольное облучение

173. В дистанционной лучевой терапии используются следующие формирующие устройства:

Защитные блоки

 Клиновидные фильтры

 Решетчатые диафрагмы

 Аппликаторы

 Растры

174. В дистанционной подвижной лучевой терапии используются следующие способы облучения:

Все варианты верны

 Конвергентное

 Эксцентричная ротация

 Ротационное круговое

 Секторное

175. Внутритканевая лучевая терапия - это:

Облучение операционной раны

 Введение препаратов, имеющих тропность к опухоли

 Внутрисосудистое введение радиоактивных микросфер

 Эндолимфатическое введение радионуклидов

 Введение радиоактивных источников в опухоль и прилежащие к ней нормальные ткани

176. Внутритканевая лучевая терапия может быть применена в следующих клинических ситуациях:

Самостоятельный курс

 Сочетание с дистанционной лучевой терапией

 Случай прорастания опухоли в крупный кровеносный сосуд

 Сочетание с внутриполостной лучевой терапией

 Комбинация с органосохраняющими операциями

177. Внутриполостная лучевая терапия - это:

Размещение источников излучения на поверхности опухоли

 Внедрение источников излучения в ткани

 Внедрение источников излучения в полость опухоли при ее распаде

 Внедрение источников излучения в полостные органы

 Прием источников излучения пероральным путем

178. Внутриполостная лучевая терапия используется в следующих вариантах:

Сочетание с дистанционным облучением

 Компонент комбинированного лечения

 Самостоятельный метод лечения

 Сочетание с криотерапией

 Компонент комплексного лечения

179. Внутриполостную лучевую терапию применяют для лечения опухолей следующих локализаций рака:

Шейка матки

 Тело матки

 Молочная железа

 Опухоли головы и шеи

 Прямая кишка

180. Выбор объема облучения зависит от следующих факторов:

Наличия регионарных метастазов

 Наличия отдаленных метастазов

 Прорастания опухолью соседних органов

 Гистологического строения опухоли

 Клинической формы роста опухоли

181. Определение объема облучения проводится:

Все варианты верны

 По разметочным рентгенограммам с помощью глубинных сеток и масштабных линеек

 С использованием симулятора

 По данным компьютерной и ЯМР-томографии

182. Паллиативная программа радиотерапии включает:

Облучение первичной опухоли

 Первичной опухоли и зон регионарного метастазирования

 Очагов поражения для снятия боли

183. Симптоматическая радиотерапия - это:

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

 Облучение зон лимфооттока после нерадикальной операции

 Облучение послеоперационного рубца при нерадикальной операции

 Облучение послеоперационного рубца и зон регионарного метастазирования при нерадикально выполненной операции

184. Для радикальной программы радиотерапии могут использоваться :

Все варианты верны

 Дистанционная радиотерапия

 Внутритканевая радиотерапия

 Короткодистанционная рентгенотерапия

 Сочетанная радиотерапия

 Внутриполостная радиотерапия

185. Паллиативный курс лучевой терапии преследует основную цель:

продлить жизнь больному

 излечить больного

 снять тяжкие симптомы заболевания

 для предоперационной подготовки

186. Радикальный курс лучевой терапии преследует основную цель:

продлить жизнь больного

 излечить больного

 снять тяжкие симптомы заболевания

187. Сочетанный метод лучевой терапии включает в себя:

два и более видов лучевого лечения

 лучевое и лекарственное лечение

 лучевое и хирургическое лечение

188.Комплексная терапия злокачественных опухолей состоит из:

 лучевого, хирургического и лекарственного лечения

 лучевого лечения и химиотерапии

 лучевого лечения и гормонотерапии

189. Какова максимально допустимая величина суммарной погрешности подведения дозы к опухоли?

± 1%,

 ± 3%,

 ± 5%

190. Основная цель радикальной лучевой терапии

подведение максимально возможной дозы излучения

 снижение биологической активности опухолевых клеток

 вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток

 достижение частичной регрессии опухоли

 достижение полной регрессии опухоли

191. Сочетанная лучевая терапия означает:

применение двух способов облучения или двух видов излучения

 расщепление курса лучевой терапии

 облучение с радиомодификаторами

 облучение в сочетании с химиотерапией

 облучение в сочетании с иммунотерапией

192. По ликворным путям метастазируют опухоли:

Глиобластома

 Медуллобластома

 Эпендимобластома

 Пинеалобластома

193. Для выявления опухолей головного мозга наиболее эффективными методами диагностики являются:

Обзорная рентгенография

 Ангиография

 Компьютерная томография

 Радионуклидные исследования

 Электроэнцефалография

194. Наиболее эффективными методами лечения злокачественных глиом являются:

Хирургический

 Лучевой

 Комбинированный

 Химиотерапевтический

 Комплексный

195. К особенностям облучения метастазирующих опухолей головного мозга относятся:

Необходимость облучения всего головного мозга

 Необходимость облучения головного и спинного мозга

 Необходимость облучения головного мозга и конского хвоста

 Необходимость облучения зон лимфогенного метастазирования

 Обязательное включение в зону лучевой обработки гипофиза

196. Метастазы в головной мозг чаще всего могут быть при следующих опухолях:

Семинома

 Мелкоклеточный рак легкого

 Рак молочной железы

 Меланома

 Рак шейки матки

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

Локальное статическое облучение

 Локальное подвижное облучение

 Статическое облучение всего полушария

 Подвижный вариант облучения одного полушария

 Статическое облучение обоих полушарий с последующим переходом на локальные поля

198. При злокачественных опухолях спинного мозга показаны следующие варианты лечения:

Хирургический

 Лучевой

 Комбинированный

 Комплексный

 Химиолучевой

199. Заболеваемость раком языка:

Снижается

 Стабилизировалась

 Возрастает

 Стабилизировалась у женщин, возрастает у мужчин

 Стабилизировалась у мужчин, возрастает у женщин

200. Смертность при раке языка в России:

Снижается

 Стабилизировалась

 Возрастает

 Возрастает у женщин

 Возрастает у мужчин

201. К предраковым относятся состояния:

Острая травма языка

 Хроническая травма языка

 Дистрофические процессы слизистой оболочки

 Анапластические процессы слизистой оболочки

 Хронические воспалительные процессы

202. Терапия предраковых состояний языка включает:

Частоту приема пищи

 Витаминотерапию

 Гормонотерапию

 Антибактериальную терапию

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

Цитологическое исследование

 Гистологическое исследование

 Рентгенологическое исследование

 Радионуклидное исследование

204. Радикальными методами лечения рака языка являются:

Радиотерапия

 Хирургический метод лечения

 Криотерапия

 Комбинированный метод

 Комплексный метод

205. При лучевом лечении рака языка используются следующие виды радиотерапии:

Все варианты верны

 Дистанционная гамма-терапия

 Внутритканевая радиотерапия

 Короткодистанционная рентгенотерапия

 Электронное облучения

206. При облучении первичной опухоли языка предполагаемая суммарная очаговая доза (СОД) зависит от:

Гистологического строения

 Первичного объема опухоли

 Планируемого значения фактора ВДФ

 Скорости регрессии опухоли

 Возраста больного

 Переносимости лучевой терапии

207. Для полной регрессии опухоли языка при проведении дистанционной g-терапии суммарная очаговая доза должна составить:

40-45 Гр

 46-49 Гр

 50-80 Гр

 90-100 Гр

 100-120 Гр

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

Клиновидная резекция

 Половинная резекция языка

 Гингвэктомия

 Клиновидная резекция с использованием лазера

 Криохирургическое вмешательство

209. Для профилактики субклинических метастазов величина суммарной очаговой дозы должна составить:

35-39 Гр

 40-44 Гр

 45-49 Гр

 50-54 Гр

 55-60 Гр

210. Суммарная очаговая доза на метастатический узел составляет:

50-59 Гр

 60-64 Гр

 65-70 Гр

 70-75 Гр

 76-80 Гр

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

T1.

 T2.

 T3.

 T4.

212. Задачами дистанционной лучевой терапии при сочетанном лечении являются:

Резорбция экзофитной части опухоли

 Снятие перифокального воспаления

 Воздействие на очаги мультицентрического роста

 Воздействие на внутриорганные метастазы

 Уменьшение объема внутритканевого облучения

213. Профилактика лучевых реакций и осложнений включает:

Все варианты верны

 Правильное планирование радиотерапии

 Режим питания

 Санация полости рта

 Исключение вредных привычек (курения, употребления алкоголя и др)

 Суммарная очаговая доза

214. Частота рака губы среди опухолей рта составляет:

 2-4%.

 5-7%.

 8-10%.

 11-15%.

 16-20%.

215. Предрасполагающими факторами возникновения рака губы являются:

Работа в сырых помещениях

 Курение

 Работа в холодных условиях

 Работа в жарких условиях

 Работа с химическими реактивами, красителями, топливом

216. К предраковым заболеваниям губы относятся:

Очаговый дискератоз

 Лейкоплакия

 Папиллома

 Хроническая травма губы

 Острая травма губы

217. Для лечения предраковых состояний губы применяются следующие методы:

Хирургический

 Витаминотерапию

 Криотерапию

 Электрокоагуляцию

 Физиотерапию

218. Первым этапом метастатического поражения при раке губы являются:

Подчелюстные лимфатические узлы

 Подбородочные лимфатические узлы

 Околоушные лимфатические узлы

 Надключичные лимфатические узлы

219. Для радикального лучевого лечения рака губы применяются следующие методы:

Короткодистанционная рентгенотерапия

 Дистанционная гамма-терапия

 Электронная терапия

 Внутритканевая радиотерапия

 Сочетанная радиотерапия

220. Для излечения рака губы очаговые дозы должны составлять:

 45-50 Гр

 51-55 Гр

 59-69 Гр

 60-80 Гр

 Свыше 80 Гр

221. Дистанционная гамма-терапия при раке губы проводится с:

Одного прямого поля

 Одного тангенциального поля

 Двух тангенциальных противолежащих полей

 Двух полей под углом с клиновидными фильтрами

222. Первичная опухоль губы и лимфатические узлы облучаются:

Вместе одним полем

 Раздельно

 Вместе на 1 этапе

 Раздельно при планировании сочетанной лучевой терапии

 Раздельно при планировании операции на путях лимфооттока

223. Выживаемость при раке губы составляет:

До 10%.

 10-29%.

 30-49%.

 50-70%.

 71-90%.

224. Рак слизистой оболочки полости рта чаще всего встречается в возрасте:

До 18 лет

 18-39 лет

 40-65 лет

 66-70 лет

 Старше 70 лет

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

В более 50%.

 В 50-30%.

 В 30-20%.

 В 20-10%.

 В менее 10%.

226. Предрасполагающими для развития рака слизистой оболочки полости рта являются следующие факторы:

Голосовая нагрузка

 Характер пищи и употребление алкоголя

 Курение

 Хроническая травма

 Жевание табака

227. К предопухолевым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся:

 Киста

 Лейкоплакия

 Красная волчанка

 Невус

 Атрофические процессы слизистой оболочки

228. Методами лечения предопухолевых заболеваний слизистой полости рта являются:

Хирургический

 Витаминотерапия

 Электрокоагуляция

 Физиотерапия

 Короткодистанционная рентгенотерапия

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

50-59 Гр

 60-69 Гр

 70-80 Гр

 81-85 Гр

 86-90 Гр

230. Для излечения рака слизистой твердого неба могут применяться следующие методы радиотерапии:

Внутритканевая радиотерапия

 ДГТ + короткодистанционная рентгенотерапия

 ДГТ + аппликационная радиотерапия

 Аппликационная g-терапия

 Короткодистанционная рентгенотерапия

231. Для излечения рака языка I стадии предпочтительны следующие методы лечения:

Все варианты верны

 Хирургический

 Радиохирургический

 Дистанционная гамма-терапия

 Сочетанная радиотерапия

232. Для лечения рака языка II стадии предпочтительнее следующий метод лечения:

Хирургический

 Дистанционная гамма-терапия

 Внутритканевая гамма-терапия

 Сочетанная радиотерапия

233. При лечении рака языка III стадии (T3N0M0) предпочтительно применять следующие методы лечения:

Хирургический

 Внутритканевая радиотерапия

 Сочетанная радиотерапия

 Комбинированный метод

234. При лечении рака языка в стадии T4N0М0 применяются следующие методы:

Сочетанная радиотерапия

 Комбинированное лечение

 Химиолучевое лечение

 Хирургическое лечение

235. Новообразования носоглотки среди злокачественных опухолей встречаются:

В 0.1-1.0%.

 В 2-5%.

 В 6-8%.

 В 9-10%.

 В 11-15%.

236. Предрасполагающими факторами развития злокачественных опухолей носоглотки являются:

Расовая и национальная принадлежность

 Работа в плохо вентилируемом помещении

 Курение

 Злоупотребление алкоголем

 Особенности питания

237. Наиболее достоверными для диагностики рака носоглотки являются следующие методы:

 Наружный осмотр

 Пальпация

 Рентгенография

 Фиброскопия

 Морфологическое исследование

238. Методами воздействия на первичный очаг при раке носоглотки являются:

Хирургический

 Дистанционная радиотерапия

 Сочетанная радиотерапия

 Химиолучевое лечение

239. Для лечения злокачественных опухолей носоглотки используются методы радиотерапии:

Дистанционная гамма-терапия

 Тормозное рентгеновское излучение высокой энергии

 Тормозное рентгеновское излучение низкой энергии

 Электронное излучение

 Внутриполостная гамма-терапия

240. Для излечения первичного очага при раке носоглотки суммарная очаговая должна составлять (классическое фракционирование):

20-30 Гр

 35-45 Гр

 46-60 Гр

 65-75 Гр

 80 Гр

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

20-30 Гр

 35-45 Гр

 46-60 Гр

 65-75 Гр

 80 Гр

242. При радиотерапии опухолей носоглотки имеется риск повреждения следующих образований:

Хрусталика

 Головного мозга

 Костей лицевого скелета и жевательных мышц

 Шейного отдела спинного мозга

 Грудного отдела спинного мозга

243. Чаще всего причинами гибели больных при раке носоглотки являются:

Локальные рецидивы

 Регионарные рецидивы

 Отдаленные метастазы

 Лучевые повреждения

244. При возникновении локальных рецидивов в случаях рака носоглотки наиболее целесообразно:

Хирургическое лечение

 Дистанционная гамма-терапия

 Сочетанная радиотерапия

 Химиолучевое лечение

245. Предрасполагающими факторами к развитию злокачественных опухолей ротоглотки являются:

Расовая и национальная принадлежность

 Курение

 Злоупотребление алкоголем

 Вдыхание вредных газообразных веществ

246. Наиболее частой локализацией опухоли ротоглотки являются:

Небные миндалины

 Боковые стенки глотки

 Корень языка

 Задняя стенка глотки

 Мягкое небо

247. Наиболее достоверными методами диагностики рака ротоглотки являются:

Осмотр

 Пальпация

 Рентгенография

 Отофарингоскопия

 Морфологическое исследование

248. Выбор метода лечения рака ротоглотки зависит от:

Локализации опухоли

 Морфологического строения опухоли

 Наличия лимфогенных метастазов

 Возраста и пола больного

249. Методами лечения первичной опухоли ротоглотки являются:

Хирургический

 Радиотерапии

 Комбинированный

 Комплексный

250. Методами лечения регионарных метастазов при раке ротоглотки являются:

Хирургический

 Радиотерапии

 Комбинированный

 Химиотерапевтический

251. Противопоказаниями для радиотерапии опухолей ротоглотки являются:

Диссеминированный туберкулез

 Сердечно-сосудистая недостаточность в фазе декомпенсации

 Наличие в анамнезе излеченного рака другой локализации

 Раковая кахексия

 Распад метастатических узлов

252. Для излечения опухолей эпителиального происхождения при раке ротоглотки требуются следующие суммарные очаговые дозы (классическое фракционирование):

30-40 Гр

 45-50 Гр

 55-60 Гр

 66-70 Гр

 75-80 Гр

253. Облучение зон регионарного метастазирования при раке ротоглотки показано:

 Всем больным

 Больным с клинически сформированными метастазами

 Больным с дифференцированными формами опухоли

 Больным злокачественными лимфомами

 Больным с малодифференцированными опухолями

254. Чаще всего причинами гибели больных при раке ротоглотки являются:

Локальные рецидивы

 Регионарные рецидивы

 Отдаленные метастазы

 Лучевые осложнения

255. Частота отдаленных метастазов при раке ротоглотки составляет:

Менее 10%.

 10-14%.

 15-20%.

 25-30%.

 35-50%.

256. 5-летняя выживаемость при раке ротоглотки составляет:

Менее 30%.

 35-40%.

 42-50%.

 52-60%.

 Более 60%.

257. Предрасполагающими факторами для развития рака гортани являются:

Курение

 Злоупотребление алкоголем

 Хронические воспалительные процессы

 Работа с токсическими веществами

 Особенности питания

258. Заболеваемость раком гортани:

Снижается

 Растет

 Стабилизировалась

 Растет у мужчин, снижается у женщин

 Растет у женщин, снижается у мужчин

259. Частота регионарных метастазов при раке гортани зависит от факторов:

Локализация опухоли

 Пол и возраст больного

 Гистологическое строение опухоли

 Клиническая форма опухоли

 Распространенность первичной опухоли

260. Для диагностики рака гортани необходимо использовать следующие методы для обследования:

Ларингоскопию

 Рентгеноскопию

 Рентгено- и томографию

 Фиброскопию

 Биопсию

261. Методами лечения рака гортани являются:

Хирургический

 Лучевой

 Комбинированный

 Комплексный

 Химиотерапевтический

262. Основными критериями выбора тактики лечения при раке гортани являются:

Стадия заболевания

 Локализация опухоли

 Пол пациента

 Характер роста опухоли

 Гистологическое строение опухоли

263. При I стадии рака гортани методом выбора является:

Хирургический метод

 Радиотерапия

 Комбинированный метод

 Химиотерапия

264. При II стадии рака гортани не применяется:

Хирургический метод

 Радиотерапия

 Комбинированный метод

 Химиотерапия

265. При III стадии рака гортани методом выбора является:

Хирургический метод

 Радиотерапия

 Комбинированный метод

 Химиотерапия

 Комплексная терапия

266. Для излечения рака гортани суммарная очаговая доза составляет:

40 Гр

 50 Гр

 60 Гр

 65-75 Гр

 Свыше 75 Гр

267. Для лечения клинически сформированных метастазов применяются следующие методы:

Хирургический

 Радиотерапия

 Комбинированный

 Химиотерапевтический

268. При локальных рецидивах после радиотерапии при раке гортани применяются следующие методы лечения:

Хирургический

 Комбинированный

 Лучевой

 Химиотерапевтический

269. Частота метастазов при раке гортаноглотки в регионарные лимфатические узлы составляет:

5-10%.

 15-25%.

 30-40%.

 45-50%.

 55-70%.

270. Для диагностики первичной опухоли гортаноглотки наиболее достоверными являются следующие методы диагностики:

Пальпация

 Рентгенография и томография

 Ларингофарингоскопия

 Фиброскопия

 Биопсия

271. Методами лечения рака гортаноглотки являются:

Хирургический

 Радиотерапия

 Комбинированный

 Химиотерапевтический

272. При проведении радиотерапии при раке гортаноглотки классическим фракционированием по радикальной программе суммарная очаговая доза составляет:

45-50 Гр

 55-60 Гр

 60-65 Гр

 70-75 Гр

 Более 75 Гр

273. 5-летняя выживаемость при радиотерапии рака гортаноглотки составляет:

5%.

 6-10%.

 11-15%.

 16-20%.

 21-25%.

274. 5-летняя выживаемость после комбинированного лечения рака гортаноглотки составляет:

5-10%.

 15-20%.

 25-30%.

 35-40%.

 50%

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

0.5-1.0%.

 1.5-2.5%.

 3-4%.

 5-6%.

 7-10%.

276. Чаще всего в полости носа и придаточных пазухах встречается:

Плоскоклеточный рак

 Железистый рак

 Цилиндрома

 Саркома различного генеза

 Злокачественные лимфомы

277. Основными методами диагностики опухолей полости носа и придаточных пазух являются:

Риноскопия

 Рентгенологическое исследование

 Цитологическое исследование

 Биопсия

278. Методами лечения рака полости носа и придаточных пазух при I-II ст. поражения являются:

Хирургическое

 Электрохирургическое

 Операция + радиотерапия

 Радиотерапия + операция

279. Методом лечения рака полости носа и придаточных пазух III ст. поражения являются:

Хирургический

 Электрохирургический

 Комбинированный

 Радиотерапия

280. При предоперационном облучении рака полости носа и придаточных пазух классическим фракционированием суммарная очаговая доза составляет:

25-30 Гр

 31-35 Гр

 40-45 Гр

 46-50 Гр

 Более 50 Гр

281. Величина интервала между окончанием предоперационной радиотерапии и операцией при раке языка должна составлять:

2 недели

 3-4 недели

 1 месяц

 2 месяца

282. Злокачественные опухоли слюнных желез среди других злокачественных новообразований составляют:

0.5-1.0%.

 1.1-1.4%.

 1.5-1.9%.

 2.0-2.4%.

 2.5-3.0%.

283. При злокачественных опухолях слюнных желез поражаются следующие группы узлов:

Внутриорганные лимфатические узлы

 Глубокие шейные лимфатические узлы в области бифуркации общей сонной артерии

 Подчелюстные лимфатические узлы

 Подбородочные лимфатические узлы

 Надключичные лимфатические узлы

284. Ведущими при лечении злокачественных опухолей слюнных желез являются методы:

Все варианты верны

 Хирургический

 Комбинированный

 Радиохирургический

 Комплексный

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

Хирургический метод

 Комбинированный

 Радиотерапия

 Химиолучевой

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

0.25-0.5%.

 0.6-1.0%.

 1.1-1.5%.

 1.6-2.0%.

 2.1-3.0%.

287. Наиболее часто метастазы при раке щитовидной железы обнаруживаются в следующих органах и системах:

Шейные лимфатические узлы

 Паратрахеальные и лимфатические узлы средостения

 Подмышечные лимфатические узлы

 Легкие

 Костная

288. При раке щитовидной железы обязательными являются следующие методы диагностики:

Клинические

 Рентгенологические методы исследования органов шеи и грудной клетки

 Пневмотомотиреодография

 Сканирование щитовидной железы и всего тела

 Цитологическое исследование

289. При I стадии рака щитовидной железы применяются:

Дистанционная радиотерапия

 Радикальное хирургическое лечение

 Комбинированный метод операция + радиотерапия

 Радиоактивный йод

 Радиотерапия+ операция

290. При IIстадии рака щитовидной железы применяются:

Радиотерапия

 Радикальное хирургическое лечение

 Предоперационная дистанционная радиотерапия с последующей радикальной операцией

 Радиоактивный йод

 Операция + радиотерапия

291. При III стадии рака щитовидной железы применяются:

Только дистанционная лучевая терапия

 Радикальная операция

 Операция + радиотерапия

292. У больных с множественными метастазами папиллярного и фоликуллярного рака щитовидной железы в легкие показаны:

Дистанционная радиотерапия

 Химиотерапия

 Гормонотерапия

 Хирургический метод лечения

 Радиоактивный йод

293. Объем облучения при послеоперационной дистанционной радиотерапии рака щитовидной железы включает:

Только первичную опухоль

 Ложе удаленной опухоли щитовидной железы и пути регионарного метастазирования

 Только пути регионарного метастазирования

 Опухоль и ближайшие зоны регионарного метастазирования

294. 5-летняя выживаемость при раке щитовидной железы в среднем составляет:

20-25%.

 30-35%.

 40-45%.

 50-55%.

 60-65%.

295. Частота рака легкого в структуре онкологических заболеваний в РФ составляет:

1-5 на 100 000 населения

 10 на 100 000 населения

 15 на 100 000 населения

 20 на 100 000 населения

 Более 30 на 100 000 населения

296. В структуре заболеваемости онкологических больных рак легкого у мужчин занимает:

Первое место

 Второе место

 Третье место

 Четвертое место

 Пятое место

297. Смертность при раке легкого:

Снижается

 Стабилизировалась

 Возрастает

 Возрастает у мужчин

 Возрастает у городского населения

298. Предрасполагающими факторами для развития рака легкого являются:

Курение

 Загрязнение атмосферы

 Повышение радиоактивного фона

 Вдыхание вредных химических веществ

 Нерациональное питание

299. Предраковыми состояниями при раке легкого являются:

Хронические бронхиты

 Рецидивирующие пневмонии

 Инфарктная пневмония

 Крупозная пневмония

300. Для лечения предраковых состояний применяются:

Отказ от курения

 Антибактериальная терапия

 Гормонотерапия

 Физиотерапия

 Диагностическая фибробронхоскопия с антибактериальной терапией

301. Возможны следующие гистологические формы опухолей легких:

Плоскоклеточный рак

 Аденокарцинома

 Недифференцированный рак

 Злокачественный карциноид бронха

 Лимфогрануломатоз

302. Для определения первичной опухоли легкого используются следующие методы:

Осмотр и пальпация

 Рентгенография органов грудной клетки

 Компьютерная томография органов грудной клетки

 Трахеобронхоскопия

 Медиастиноскопия

303. Регионарными при раке легкого являются следующие группы лимфатических узлов:

Бронхопульмональные на стороне поражения

 Паратрахеальные

 Трахео-бронхиальные

 Бифуркационные

 Забрюшинные

304. Для определения регионарного метастазирования при раке легкого применяются следующие методы диагностики:

Осмотр грудной клетки

 Пальпация периферических лимфатических узлов

 Рентгенография органов грудной клетки с контрастированием пищевода

 Компьютерная томография органов грудной клетки

 Медиастиноскопия

305. Для определения отдаленного метастазирования при раке легкого применяются:

 Осмотр грудной клетки

 Пальпация периферических лимфатических узлов

 Трахеобронхоскопия

 Рентгенография органов грудной клетки

 Сканирование костного скелета с 99Tc

306. Для определения отдаленного метастазирования при раке легкого применяется:

Сканирование печени

 Визуализация головного мозга 99Tc

 Рентгенография костной системы

 Цитологическое исследование плевральной жидкости

 Пробная торакотомия

307. Проведение радиотерапии рака легкого возможно при:

 Явных клинических признаках рака

 Наличии рентгенологических признаков рака

 Наличии увеличенных лимфатических узлов в средостении

 Обнаружении атипических клеток в мокроте

 Гистологическом или цитологическом подтверждении диагноза рака

308. При центральном или периферическом плоскоклеточном раке легкого при I-II стадиях заболевания применяются методы:

 Хирургический

 Комбинированный

 Радиотерапия

 Химиотерапевтический

309. Предоперационная радиотерапия при раке легкого проводится при:

I стадии

 II стадии

 III стадии

 IV стадии

310. Послеоперационная радиотерапия при раке легкого проводится в следующих случаях:

Наличие метастазов в лимфатических узлах корня

 Наличие метастазов во внутригрудных лимфатических узлах

 Нерадикально выполненная операции

 После пробной торакотомии

 Обнаружение плеврита во время операции

311. Предлучевая подготовка при планировании радиотерапии в случае рака легкого включает:

Определение местного распространения опухоли и зон регионарного метастазирования

 Фибробронхоскопию с биопсией или пункцией опухоли

 Ультразвуковое исследование брюшной полости

 Радионуклидное исследование печени и костного скелета

 Диагностическую лапаротомию

312. Величина суммарной очаговой дозы СОД на зоны субклинического метастазирования составляет:

20-25 Гр

 30-35 Гр

 45 Гр

 50 Гр

 60 Гр

313. Для лечения легочных лучевых реакций при раке легкого применяются следующие препараты:

Антибиотики (в зависимости от чувствительности микрофлоры к препаратам)

 Преднизолон

 Сердечно-сосудистые средства

 Химиотерапевтические препараты

314. 5-летняя выживаемость при I-III стадиях плоскоклеточного рака легкого составляет:

5-9%.

 10-15%.

 16-20%.

 21-30%.

 35-40%.

315. 5-летняя выживаемость при недифференцированных раках легкого составляет:

3-5%.

 6-8%.

 9-10%.

 11-15%.

 Больше 15%.

316. Частота рака пищевода в структуре онкологических заболеваний составляет:

3%.

 5%.

 10%.

 15%.

 20%.

317. Факторами риска к раку пищевода являются следующие факторы:

Гипоавитаминоз A

 Гипоавитаминоз B2

 Гипокалиемия

 Особенности питания (слишком горячая пища и др.)

 Нарушение функции поджелудочной железы

318. Для лечения предраковых состояний пищевода применяются:

Витаминотерапия, особенно A и B2

 Масла (оливковое, подсолнечное и пр.)

 Диетотерапия (исключение острых блюд и пр.)

 Исключение приема очень горячей пищи, крепких напитков

 Гормонотерапия

319. Наиболее часто встречающейся гистологичсекой формой при раке пищевода является :

 Плоскоклеточный рак

 Аденокарцинома

 Недифференцированный рак

 Карциноид

 Саркомы различного генеза

320. Для рака нижней трети пищевода регионарными являются следующие группы лимфатических узлов:

Шейно-надключичные

 Параэзофагальные

 Бифуркационные

 Паракардиальные

 Узлы области малого сальника

321. К ранним клиническим симптомам рака пищевода относятся:

Неприятные ощущения при глотании

 Боли при глотании твердой пищи

 Затруднения при глотании твердой пищи

 Потеря веса

 Появление прожилок крови в мокроте

322. Методами диагностики первичной опухоли пищевода, а также регионарных и отдаленных метастазов являются методы:

Рентгенологическое исследование пищевода

 Фиброэзофагоскопия

 Диагностическая лапаротомия

 УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства

 Фиброколоноскопия

323. При раке средне-грудного отдела применяются следующие методы лечения:

Хирургический

 Комбинированный

 Радиотерапия

 Химиотерапевтический

324. При III-IV стадии рака пищевода применяются методы лечения:

Хирургический

 Комбинированный

 Радиотерапия

 Химиотерапевтический

325. Предоперационная радиотерапия при раке среднегрудного отдела должна проводится при следующих стадиях:

I стадии

 II стадии

 III стадии

 IV стадии

326. Величина суммарной очаговой дозы при предоперационной радиотерапии классическим фракционированием при раке пищевода должна составлять:

10-15 Гр

 20-25 Гр

 30-35 Гр

 40-45 Гр

 50-60 Гр

327. Методом лечения при раке верхней трети пищевода являются:

Хирургический

 Комбинированный

 Радиотерапия

 Химиотерапевтический

328. При лечении рака средней трети пищевода применяются методы:

Хирургический

 Комбинированный

 Радиотерапия

 Химиотерапевтическое лечение

329. Методами лечения рака нижней трети пищевода являются:

Хирургический

 Комбинированный

 Радиотерапия

 Химиотерапевтический

330. Методами радиотерапии рака пищевода являются:

Дистанционная гамма-терапия

 Тормозное излучение высоких энергий

 Электронная терапия

 Ортовольтная дистанционная рентгенотерапия

331. Противопоказаниями для радиотерапии рака пищевода является:

Наличие пищеводно-медиастинального свища

 Наличие метастазов в забрюшинных лимфатических узлах

 Метастазы в печень

 Кахексия

 Пожилой возраст больных

332. Для лечения острых лучевых эзофагитов применяется:

Лечение антибиотиками

 Прием облепихового и других масел

 Полное запрещение курения, прием острой и соленой пищи

 Перерыв в лучевом лечении до стихания острых явлений

 Проведение сердечно-сосудистой терапии

333. 5-летняя выживаемость после комбинированного лечения рака пищевода составляет:

1-4%.

 5-10%.

 11-14%.

 16-20%.

 21-30%.

334. В структуре онкологической заболеваемости женщин рак молочной железы занимает:

I место

 II место

 III место

 IV место

 V место

335. Предрасполагающими факторами для развития рака молочной железы являются:

Частые аборты

 Позднее начало половой жизни

 Бесплодие

 Уменьшение продолжительности лактации

 Применение противозачаточных средств

336. Предопухолевыми заболеваниями молочной железы являются:

Диффузная форма фиброзно-кистозной мастопатии

 Пролиферативная форма фиброзно-кистозной мастопатии

 Внутрипротоковой папилломатоз

 Фиброаденоматоз

 Киста молочной железы

337. Наиболее благоприятным в прогностическом отношении является:

Рак Педжета

 Узловатый рак

 Инфильтративный рак

 Инфильтративно-отечный рак

338. Прогноз больных раком молочной железы определяется следующими факторами:

Возраст

 Клиническая форма

 Гистологическая структура и степень дифференцировки опухоли

 Размер молочной железы

 Наличие патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта

339. Прогноз при раке молочной железы зависит от перечисленных ниже факторов:

Размера опухоли и ее локализации

 Наличия метастазов в регионарных лимфатических узлах

 Наследственности

 Адекватного или пассивного образа жизни больной

340. Для определения наличия опухоли молочной железы применяются методы диагностики:

Осмотр

 Пальпация

 Перкуссия

 УЗИ

 Маммография

341. С целью определения характера опухоли молочной железы применяются методы исследования:

Термография

 Радионуклидная диагностика

 Цитологическое исследование

 Трепан-биопсия

 Открытая биопсия

342. Для распознавания метастазов в подмышечных лимфатических узлах при раке молочной железы применяются методы диагностики:

Пальпация

 Пневмоаксиллография

 Термография

 Цитологическое исследование

343. Для распознавания метастазов в парастернальных лимфатических узлах при раке молочной железы применяются методы:

Сцинтиграфия

 Компьютерная томография

 Биопсия во время операции

 Рентгенография

344. Операбельные раки молочной железы - это совокупность:

Опухоли до 7 см при средней и большой молочной железе

 Отсутствия или единичном метастаза в подмышечной области

 Отсутствия поражения парастернальной лимфатической цепочки

 Отсутствия отека кожи молочной железы

 Наличия множественных увеличенных лимфатических узлов подмышечной области

345. При лечении рака молочной железы применяются методы:

Тормозная рентгеновская низкая энергия

 Тормозная рентгеновская высокая энергия

 Электронный

 Гамма-излучение

346. Больной 36 лет выполнена радикальная резекция правой молочной железы по поводу рака в верхне-наружном квадранте Т1N0М0. Дальнейшее лечение предусматривает

наблюдение

 лучевую терапию на молочную железу

 лучевую терапию на молочную железу, подмышечную и над- и подключичную зоны

 профилактическую химиотерапию

 эндокринное лечение

347. Больной 40 лет выполнена радикальная резекция правой молочной железы по поводу рака. Опухоль в верхне-наружном квадранте (3.5 см) Т2Н0М0. Дальнейшее лечение предусматривает:

наблюдение

 лучевую терапию на правую молочную железу

 лучевую терапию на молочную железу, подмышечную и над- и подключичную зоны

 профилактическую химиотерапию

 эндокринное лечение

348. Больной 45 лет выполнена радикальная операция по Пейти по поводу рака левой молочной железы На стадии Т2М0М0 наружной локализации. В дальнейшем ей необходимо:

послеоперационное облучение грудной стенки

 послеоперационное облучение регионарных зон

 послеоперационное облучение регионарных зон и грудной стенки

 послеоперационная лучевая терапия не показана

 облучение второй молочной железы

349. У больной 45 лет Т2N2М0 стадия рака (правой) молочной железы, наружная локализация. Наиболее целесообразна лучевая терапия:

предоперационная, интенсивно-концентрированная

 предоперационная пролонгированная

 предоперационная пролонгированная в сочетании с химиотерапией

 послеоперационная

 не показана

350. Больной 42 лет выполнена радикальная резекция правой молочной железы по поводу рака рТ,М0М0 наружной локализации. Опухолевый узел 1,2 см разрез в 2 см от края опухоли. Ей наиболее целесообразно:

облучение только молочной железы в СОД - 50 Гр

 облучение молочной железы в СОД - 50 Гр и дополнительно 10 Гр на область рубца

 облучение молочной железы с подмышечной областью в СОД - 50 Гр

 облучение молочной железы в СОД - 50 Гр и правой парастернальной зоны СОД - 45 Гр

 облучение молочной железы в СОД - 50 Гр и всех регионарных зон в СОД - 45 Гр

351. При интенсивно-концентрированном курсе предоперационной лучевой терапии при раке молочной железы интервал до операции должен составлять:

1-2 дня

 3-5 дней

 10-14 дней

 3 недели

 свыше Зх недель

352. Из радиомодификаторов при лучевой терапии рака молочной железы наиболее эффективно:

электронакцепторные соединения

 гипербарическая оксигенация

 лекарственные препараты

 локальная гипертермия

 иммунотерапия

353. Больной 60 лет по поводу рака левой молочной железы стадии рТ2N0М0 наружной локализацией выполнена радикальная операция сохранением грудных мышц после интенсивно-концентрированной предоперационной лучевой терапии на молочную железу с подмышечно-подключичной зоной СОД 20 Гр. Гистологически: инфильтративно-протоковый рак, 3 см, РЭ+, РП+. В дальнейшем ей целесообразно:

послеоперационное облучение грудной стенки (зоны рубца)

 послеоперационное облучение подмышечной зоны

 послеоперационное облучение грудной стенки и подмышечной зоны

 послеоперационное облучение всех регионарных зон

 ЛТ не показана

354. Необходимыми дозами профилактического облучения регионарных зон при клинически неопределяемых метастазах рака молочной железы при лучевой терапии РОД 2 Гр являются:

30-35 Гр

 35-40 Гр

 44-50 Гр

 более 50 Гр

 60 Гр и выше

355. У больной 48 лет рак правой молочной железы. Наиболее целесообразной лучевой терапией для нее является:

предоперационная интенсивно-концентрированная на молочную железу с подмышечно-подключичной зоной

 предоперационная пролонгированная на молочную железу и все регионарные зоны

 предоперационная пролонгированная в сочетании с химиотерапией

 послеоперационная

 лучевая терапия не показана

356. У больной 44 лет рак правой молочной железы. Опухоль 6 см, центральная локализация с вторичным отеком кожи центрального отдела, в подмышечной области 2 лимфоузла. Лучевая терапия наиболее целесообразна в виде:

предоперационной интенсивно-концентрированной на молочную железу с подмышечно-подключичной зоной

 предоперационной пролонгированной на молочную и все регионарные зоны в СОД 44-50 Гр

 предоперационной пролонгированной на молочную железу и все регионарные зоны в СОД 44-501р в сочетании с химиотерапией

 полного курса лучевой терапии на молочную железу 66-70 Гр, подмышечную область 50-551р, остальные регионарные зоны - 44-50 Гр с последующей операцией

 лучевая терапия не показана

357. У больной 60 лет через 4 года после комбинированного лечения рака молочной железы Нб стадии и приема тамоксифена выявлен рентгенологический метастаз в тело подвздошной кости слева. Сканографически выявлены очаги повышенного накопления препарата в теле подвздошной кости слева, левом крестцово-подвздошном сочленении, L1 и L4. Наиболее целесообразное лечение:

локальная лучевая терапия на область метастаза в теле левой подвздошной кости

 локальная лучевая терапия на область тела левой подвздошной кости, крестцово-подвздошного сочленения и L1, и L4

 лучевая терапия на левое полукольцо таза и поясничный отдел позвоночника

 лучевая терапия на левое и правое полукольцо таза и локально на позвонки L1, и L4

 лучевая терапия не показана

358. При облучении зон множественного костного метастатического поражения рака молочной железы и удовлетворительного состояния больной наиболее целесообразно применение разовых очаговых доз:

2Гр

 4Гр

 6Гр

 8Гр

 10 Гр

359. Наиболее выгодное дозовое распределение при облучении парастернальных лимфатических узлов можно получить при использовании:

дистанционной гамма-терапии

 электронов 15-20 МЭВ

 фотонов 18 МЭВ

 введения закрытых источников 60Со во внутреннюю грудную артерию

 сочетания электронов 15-20 МЭВ и фотонов 18 МЭВ

360. При раке молочной железы в стадии Т3N1М0, показана:

радикальная мастэктомия

 мастэктомия + химиотерапия

 лучевая терапия + мастэктомия + химиотерапия + гормонотерапия

 только химиотерапия

 только эндокринная терапия

361. При предоперационной лучевой терапии методом классического фракционирования к молочной железе подводится суммарная очаговая доза, равная:

20 Гр

 30 Гр

 40-45 Гр

 60 Гр

 70 Гр

362. При предоперационной радиотерапии методом классического фракционирования к молочной железе подводится суммарная очаговая доза, равная:

20 Гр

 30 Гр

 40-45 Гр

 60 Гр

 70 Гр

363. При предоперационной радиотерапии методом классического фракционирования к зонам регионарного метастазирования подводится суммарная очаговая доза, равная:

30 Гр

 35-45 Гр

 50 Гр

 60 Гр

364. Предоперационное облучение методом классического фракционирования показано при следующих стадиях рака легкого:

 IIА ст

 IIБ ст

 IIIА ст

 IIIБ ст

 IV ст

365. Показаниями для радиотерапии парастернальной зоны при раке молочной железы являются:

Облучение показано во всех случаях

 Медиально-центральная локализация опухоли

 Наличие метастазов в подмышечной области

 Мультицентричный рост

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

 Хирургическом лечении

 Комбинированном лечении

 Комплексном лечении

 Лучевом лечении

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

радиотерапия+ операция

 радиотерапия+ операция + химиотерапия

 химиолучевое лечение + операция + химиотерапия

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

Химиогормонотерапия

 Химиолучевое лечение + операция + химиогормонотерапия

 Облучение + операция + химиотерапия

369. Выполнение секторальной резекции молочной железы допустимо в следующих случаях:

При отказе больной от удаления молочной железы

 Наличии противопоказаний к радикальной операции

 I-II стадии

 IIIА стадии

370. Среди злокачественных опухолей средостения реже всего встречаются:

Ангиосаркомы

 Злокачественные гиберномы

 Злокачественные тимомы

 Злокачественные лимфомы

 Плоскоклеточный рак

371. Для выявления злокачественных опухолей средостения используются методы диагностики:

Пальпация

 Рентгено-томография органов грудной клетки

 Компьютерная томография

 Ядерно-магнитный резонанс (ЯМР)

 Медиастиноскопия

372. Для лечения опухолей средостения применяются следующие методы лечения:

Хирургический

 Комбинированный

 Лучевой

 Химиотерапевтический

373. Для лучевого лечения злокачественных опухолей средостения применяются методы:

Дистанционная ортовольтная рентгенотерапия

 Дистанционная гамма-терапия

 Облучение электронами

 Облучение тормозным рентгеновским излучением высокой энергии

 Дистанционная нейтронная терапия

374. Величина суммарной очаговой дозы при послеоперационной радиотерапии средостения составляет для злокачественных опухолей:

15-20 Гр

 25-30 Гр

 35-40 Гр

 45-50 Гр

 55-60 Гр

375. Рак легкого метастазирует в лимфатические узлы средостения:

В 20-25%.

 В 30-40%.

 В 50-70%.

 В 75-90%.

 В 100%.

376. Злокачественные опухоли яичка метастазирует в лимфатические узлы средостения:

В 1-3%.

 В 5-7%.

 В 8-10%.

 В 12-15%.

 В 20%.

377. Для выявления метастазов в лимфатические узлы средостения используются методы диагностики:

Пальпация

 Чрезгрудинная флебография

 Рентгенологическое исследование грудной клетки (ТМ)

 Медиастиноскопия

 Ультразвуковые исследования

378. При лечении метастазов в лимфатические узлы средостения применяются методы воздействия:

Хирургический

 Комбинированный

 Лучевой

 Химиотерапевтический

 Химиолучевой

379. Для лечения метастазов в лимфатические узлы средостения применяются следующие методы радиотерапии:

Дистанционная ортовольтная рентгенотерапия

 Дистанционная гамма-терапия

 Гамма-облучение через решетчатые диафрагмы

380. Для лечения метастазов в лимфатические узлы средостения применяются следующие методики радиотерапии:

Однопольное

 С двух противолежащих полей

 С двух передних полей под углом

 С двух передних полей под углом с клиновидными фильтрами

 С двух задних полей под углом

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

1.2-1.5 Гр

 1.8-2 Гр

 2.2-2.5 Гр

 2.7-3.0 Гр

 3.5 Гр

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

10-15 Гр

 20-25 Гр

 30-35 Гр

 40-44 Гр

 45-60 Гр

383. Возможность излечения при метастазах в узлы средостения возможна при:

Лимфогрануломатозе

 Семиноме

 Злокачественной тимоме

384. Заболеваемость раком шейки матки составляет на 100 000 населения:

7-9 случаев

 10-11 случаев

 13-15 случаев

 17-20 случаев

 22-24 случая

385. Частота заболеваемости раком шейки матки среди гинекологических опухолей:

40-50%.

 60-70%.

 80-85%.

 90-95%.

 96-98%.

386. Ежегодно умирают от рака шейки матки:

8000-9000 чел.

 10000-11000 чел.

 12000-13000 чел.

 14000-15000 чел.

 16000-17000 чел.

387. Симптомами рака шейки матки являются:

Кровянистые выделения

 Боли в низу живота

 Бели

 Запоры

388. Факторами риска рака шейки матки являются:

Эрозия шейки матки

 Лейкоплакия шейки матки

 Большое количество беременностей

 Хронические воспалительные изменения в области старых послеродовых разрывов

 Повышенное питание больной

389. Для диагностики рака шейки матки применяются следующие методы исследования:

Влагалищно-ректо-брюшностеночное исследование

 Осмотр в зеркалах

 Кольпоскопия и кольпомикроскопия

 Биопсия шейки матки

 Исследование с P-32

390. К методам лечения внутриэпителиального рака шейки матки относятся:

Электроконизация шейки матки

 Ножевая ампутация шейки матки

 Надвлагалищная ампутация матки

 Криотерапия и лазерное воздействие

 Внутриполостная гамма-терапия

391. При раке шейки матки IА стадии могут быть применены следующие методы лечения:

Электроконизация шейки матки

 Сочетанная радиотерапия по радикальной программе

 Криотерапия

 Простая экстирпация матки с придатками

392. При раке шейки матки IБ стадии могут быть применены следующие методы лечения:

Простая экстирпация матки с придатками

 Сочетанная радиотерапия по радикальной программе

 Расширенная экстирпация матки с придатками

 Предоперационная сочетанная радиотерапия с последующей операцией

 Операция с последующим послеоперационной радиотерапией

393. При раке шейки матки II стадии применяют следующие методы лечения:

Простая экстирпация матки с придатками с последующим послеоперационной радиотерапией

 Расширенная экстирпация матки с придатками с последующей послеоперационной радиотерапией

 Сочетанная радиотерапия

 Сочетанная радиотерапия и гормонотерапия

 Сочетанная радиотерапия и химиотерапия

394. При раке матки III стадии применяются следующие методы лечения:

 Оперативное вмешательство

 Гормонотерапия

 Радиотерапия+операция

 Сочетанная радиотерапия

 Радиотерапия в сочетании с гормонотерапией

395. При раке шейки матки IV стадии применяют следующие методы лечения:

Сочетанная радиотерапия по радикальной программе

 Гормонотерапия

 Химиотерапия

 Симптоматическое лечение

396. При внутриполостной радиотерапии в нашей стране применяются следующие радионуклиды:

Кобальт-60

 Цезий-137

 Радий-226

 Калифорний-252

 Иридий-192

397. Для дистанционной лучевой терапии рака шейки матки применяются аппараты:

Гамма-терапевтические аппараты

 Бетатроны

 Линейные ускорители

 Аппараты для дальнедистанционной ортовольтной рентгенотерапии

 Аппараты для короткодистанционной рентгенотерапии

398. При лечении больных раком шейки матки источниками высокой активности при внутриполостной радиотерапии обычно применяются следующие разовые очаговые дозы:

2 Гр

 3 Гр

 5 Гр

 7 Гр

 10 Гр

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

Сочетанную лучевую терапию

 Пангистерэктомию

 Овариоэктомию с последующей дистанционной лучевой терапией

 Овариоэктомию с последующей сочетанной лучевой терапией

 Операцию Вертгейма с последующей послеоперационной лучевой терапией

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

5-8%.

 10-15%.

 18-20%.

 20-30%.

 40% и более

401. Процент развития рака эндометрия на фоне эндокринных нарушений составляет:

20-30%.

 35-40%.

 45-50%.

 70%.

 80-90%.

402. Процент смертности при раке эндометрия от рецидивов и метастазов составляет:

5-8%.

 10-20%.

 25-35%.

. 40-45%.

 50% и более

403. Основными клиническими симптомами рака эндометрия являются:

Кровотечение в менопаузе

 Боли в надлобковой области схваткообразного характера

 Кровотечение в межменструальный период

 Боли, иррадиирующих в область внутренней поверхности обеих бедер

 Боли в надлобковой области постоянного характера

404. Факторами, предрасполагающими к развитию рака эндометрия являются:

Первичное и вторичное бесплодие

 Нарушение менструальной функции

 Ранняя менопауза

 Фибромиома матки

 Кистозное изменение яичников

405. Факторами, отягощающими клиническое течение рака тела матки являются:

Гипертоническая болезнь

 Ожирение

 Сахарный диабет

 Отеки обеих ног

 Фибромиома матки

406. Методами первичной диагностики первичной опухоли эндометрия являются:

Влагалищно-ректо-брюшностеночное исследование

 Осмотр в зеркалах

 Цитологическое исследование отделяемого из полости матки

 Раздельное диагностическое выскабливание слизистой матки с морфологическим исследованием

 Проба Шиллера

407. Суммарные очаговые дозы при послеоперационной дистанционной радиотерапии в плане комбинированного лечения рака тела матки составляют:

20-30 Гр

 35-40 Гр

 45-50 Гр

 55-60 Гр

 65 Гр

408. Суммарные очаговые дозы при внутриполостном облучении в плане сочетанной радиотерапии рака тела матки в т.А составляют:

20-25 Гр

 30-35 Гр

 40-45 Гр

 50-55 Гр

 60 Гр

409. Суммарные очаговые дозы при дистанционной радиотерапии рака тела матки составляют:

20-30 Гр

 35 Гр

 40-50 Гр

 60 Гр

 65 Гр

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

1-3%.

 4-6%.

 7-10%.

 11-13%.

 14-16%.

411. Частота вторичных поражений влагалища среди опухолей женской половой сферы составляет:

3-20%.

 25-30%.

 35-40%.

 45-50%.

 55-60%.

412. Симптомами рака влагалища являются:

Кровянистые выделения из половых путей

 Бели

 Увеличение объема живота

 Ощущение дискомфорта в низу живота

 Боли в низу живота

413. Предрасполагающими факторами к раку влагалища являются:

Гормонотерапия матерей во время беременности

 Эрозия шейки матки

 Хронические воспалительные изменения со стороны слизистой влагалища (травмы, ожоги)

 Опущение стенок влагалища

 Наличие в анамнезе онкологических заболеваний

414. Методами диагностики первичной опухоли влагалища являются:

Влагалищно-ректально-брюшностеночное исследование

 Осмотр в зеркалах

 Цитологическое исследование отпечатка опухоли влагалища

 Биопсия опухоли влагалища

 Рентгенография таза

415. Методами диагностики распространенности опухолевого процесса являются:

Влагалищно-ректально-брюшностеночное исследование

 Визуальные методы исследования (осмотр в зеркалах, цитоскопия, ректороманоскопия, кольпоскопия)

 Радиоизотопные методы исследования

 Рентгенографические методы исследования

 Иммунологические

416. Методом выбора при лечении рака влагалища является:

Хирургический

 Комбинированный

 Сочетанная лучевая терапия

 Химиотерапия

 Гормонотерапия

417. При лечении рака влагалища применяют радионуклиды:

Кобальт-60

 Калифорний-252

 Цезий-137

 MT-99

 Иридий-192

418. Наиболее благоприятное течение имеют:

Опухоли верхней трети влагалища

 Опухоли средней трети влагалища

 Опухоли нижней трети влагалища

 Опухоли средней и нижней трети влагалища

 Тотальное поражение органа

419. Наиболее характерной гистологической структурой рака влагалища является:

Плоскоклеточный рак разной степени дифференцировки

 Аденокарцинома

 Солидный рак

 Аденоакантома

 Фолликулярный рак

420. При раке влагалища возможны следующие формы роста опухоли:

Экзофитная

 Эндофитная

 Смешанная

 Инфильтративно-язвенная

 Индуративная

421. При лечении рака влагалища применяются следующие виды радиотерапии:

Все варианты верны

 Близкофокусная рентгенотерапия

 Дистанционная гамма-терапия

 Внутритканевая гамма-терапия

 Внутриполостная лучевая терапия

422. Рак верхней трети и средней трети влагалища метастазирует в следующие лимфатические узлы:

Подвздошные

 Подчревные

 Крестцовые

 Паховые

 Парааортальные

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

На уровне середины лонного сочленения

 По нижнему краю лонного сочленения

 На 1-1.5 см ниже лонного сочленения

 По верхнему краю лонного сочленения

 По наружным половым органам

424. Предрасполагающими факторами развития рака яичников являются:

 Наличие в анамнезе доброкачественных опухолей или хронического воспаления придатков

 Бесплодие

 Увеличение яичников в период менопаузы

 Появление кровотечений в период менопаузы

 Повышенное питание

425. Рак яичников метастазирует в следующие органы и системы:

Тазовые и забрюшинные лимфатические узлы

 Паховые лимфатические узлы

 Бедренные лимфатические узлы

 Надключичные лимфатические узлы

 Большой сальник

426. Рак яичников может метастазировать также в следующие органы:

Печень

 Кости

 Плевра

 Легкие

 Перикард

427. Симптомами рака яичника являются:

Боли в низу живота

 Запоры

 Нарушение мочеиспускания

 Появление кровянистых выделений при дефекации

 Увеличение живота

428. К методам диагностики рака яичника относятся:

Ректо-вагинально-брюшностеночное исследование

 Цитологическое исследование асцитической или плевральной жидкости

 Ректороманоскопия

 Радионуклидная лимфография

 УЗ-исследования

429. К методами диагностики рака яичника не относятся:

Исследования пунктата через задний свод влагалища

 Томография средостения

 Компьютерная томография

 Лапароскопия

430. Методами лечения рака яичников являются:

Хирургический

 Химиотерапевтический

 Комбинированный

 Иммунотерапия

 Комплексный

431. В Iб стадии рака яичника применяются:

Хирургический метод

 Операция + радиотерапия

 Операция + химиотерапия

 Операция + гормонотерапия

432. Во IIб стадии рака яичника применяются методы:

Операция + химиотерапия

 Операция + радиотерапия + химиотерапия

 Химиотерапия + операция + химиотерапия

 Операция + иммунотерапия

433.При радиотерапии рака яичника применяются:

Дистанционная радиотерапия

 Внутрибрюшинное введение открытых источников

 Внутритканевая лучевая терапия

434. Для введения в брюшную полость при раке яичника применяются:

131I.

 198Аu

 Иридий-192.

 Цезий-137.

 Фосфор-32.

435. 5-летняя выживаемость при I стадии рака яичника составляет:

20-30%.

 35-40%.

 45-55%.

 60-65%.

 70-80%.

436. 5-летняя выживаемость при IV стадии рака яичника составляет:

6-8%.

 10-12%.

 15-18%.

 20-25%.

 26-28%.

437. Причинами неудовлетворительных результатов лечения рака яичника является:

Отсутствие ранних симптомов

 Агрессивное течение заболевания

 Недостаточная онкологическая настороженность гинекологов

 Неадекватное лечение

438. Рак вульвы составляет среди всех гинекологических раков:

До 2%.

 До 4%.

 До 6%.

 До 8%.

 До 10%.

439. Рак вульвы чаще встречается:

В детском возрасте

 В юношеском возрасте

 В молодом возрасте

 В среднем возрасте

 В пожилом возрасте

440. К развитию рака вульвы могут привести следующие состояния:

Дистрофический процесс слизистой

 Хронический вульвит

 Папилломатоз

 Дерматит

 Рубцы и свищи

441. Наиболее часто при раке вульвы гистологически находят:

Карциному

 Переходноклеточный рак

 Плоскоклеточный рак

 Саркомы

 Пигментные опухоли

442. Чаще всего рак вульвы метастазирует:

В паховые лимфоузлы

 В наружные подвздошные лимфоузлы

 Во внутренние подвздошные лимфоузлы

 В общие подвздошные лимфоузлы

 В парааортальные лимфоузлы

443. Для рака вульвы характерны метастазы:

В легкие

 В печень

 Во влагалище

 В лимфоузлы

 В почки

444. Заключительным методом установления диагноза при раке вульвы является:

Клинический

 Инструментальный

 Рентгенологический

 Радионуклидный

 Морфологический

445. Для диагностики поражения регионарных лимфоузлов при раке вульвы используются следующие методы:

Клинический

 Инструментальный

 Рентгенологический

 Радионуклидный

 Морфологический

446. Радикальным методом хирургического вмешательства при I и II стадиях рака вульвы является:

Иссечение опухоли

 Односторонняя вульвэктомия

 Вульвэктомия

 Вульвэктомия с иссечением кожи промежности

 Вульвэктомия с иссечением кожи промежности и слизистой влагалища

447. Наиболее радикальной операцией на путях лимфооттока при раке вульвы является:

Удаление поверхностных паховых лимфоузлов со стороны процесса

 Удаление поверхностных паховых лимфоузлов с двух сторон

 Паховая лимфаденэктомия со стороны поражения

 Двухстороння паховая лимфаденэктомия

 Паховоподвздошная лимфаденэктомия

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

До 15 Гр

 15-25 Гр

 25-35 Гр

 35-45 Гр

 45-50 Гр

449. Для радикального излечения рака вульвы дистанционная радиотерапия проводится до суммарных очаговых доз:

45-50 Гр

 50-60 Гр

 60-65 Гр

 65-70 Гр

 70-75 Гр

450. При профилактическом облучении зон лимфооттока суммарная очаговая доза должна составлять:

30-35 Гр

 35-40 Гр

 40-45 Гр

 45-50 Гр

 50-55 Гр

451. При облучении зон лимфооттока при раке вульвы очаговая доза планируется:

На поверхностные паховые лимфоузлы

 На глубокие паховые лимфоузлы

 На наружные подвздошные лимфоузлы

452. Наилучшие результаты лечения рака вульвы получены:

При комбинированном лечении

 При радиотерапии

 При сочетанной радиотерапии опухоли и комбинированного лечения зон лимфооттока

 При комбинированном лечении опухоли и радиотерапии зон лимфооттока

 При химиолучевом лечении

453. При локальном рецидиве рака вульвы показано:

Хирургическое лечение

 Комбинированное лечение

 Внутритканевая радиотерапия

 Химиотерапевтическое лечение

454. Рак мочевого пузыря в структуре онкологической заболеваемости встречается:

В 1-2%.

 В 3-4%.

 В 5-6%.

 В 8-10%.

 В 12-15%.

455. Среди опухолей мочеполовой системы рак мочевого пузыря составляет:

10-15%.

 20-25%.

 30-40%.

 45-50%.

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

Заболеваемость снижается

 Заболеваемость увеличивается

 Смертность снижается

 Смертность увеличивается

457. Предрасполагающими факторами при раке мочевого пузыря являются:

Все варианты верны

 Длительный контакт с канцерогенными веществами

 Работа в химической, красильной, резиновой, нефтеперерабатывающей, текстильной промышленности

 Длительное проживание на расстоянии менее 1 км от промышленных объектов, загрязняющих атмосферу

 Курение

 Употребление алкогольных напитков

458. Предрасполагающими факторами для развития рака мочевого пузыря являются:

Контакт с канцерогенными веществами

 Характер питания

 Наследственность

 Полиартрит

 Редкое мочеиспускание

459. Предраковыми состояниями при раке мочевого пузыря являются:

Все варианты верны

 Папиллома

 Лейкоплакия

 Хронический цистит

 Бильгаруноз

 Железистая метаплазия

460. Среди злокачественных опухолей мочевого пузыря чаще всего встречается:

Переходно-клеточный рак

 Плоскоклеточный рак

 Аденокарцинома

 Недифференцированный рак

 Саркомы различного генеза

461. Основными симптомами рака мочевого пузыря являются:

Гематурия

 Дизурические явления

 Боли

 Запоры

462. Методами диагностики рака мочевого пузыря являются:

Цистоскопия

 Цистография

 Выделительная пиелография

 Рентгенография таза

 Биопсия опухоли

 Бимануальное исследование мочевого пузыря под наркозом

 УЗИ

 Компьютерная томография

463. Интервал между окончанием интенсивного предоперационной радиотерапией и операцией при раке мочевого пузыря составляет:

24-48 часов

 72-96 часов

 7 дней

 2 недели

 1 месяц

464. Показаниями для послеоперационной радиотерапии при раке мочевого пузыря являются:

Применяется во всех случаях

 Применяется после нерадикальных операций

 Применяется, если операция была произведена при T3.

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

45-50 Гр

 35-40 Гр

 55-60 Гр

466. При лучевой терапии рака мочевого пузыря применяются следующие виды радиотерапии:

Дистанционная гамма-терапия

 Внутриполостная гамма-терапия

 Внутритканевая гамма-терапия

 Короткодистанционная рентгенотерапия

 Интраоперационная радиотерапия

467. При местных рецидивах после хирургического вмешательства при раке мочевого пузыря применяются следующие методы:

Повторная операция

 Комбинированный метод

 Радиотерапия

 Химиолучевое лечение

 Иммунотерапия

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

Цистэктомия

 Комбинированное лечение

 Внутрипузырная химиотерапия

 Радиотерапия

469. 5-летняя выживаемость при I стадии рака мочевого пузыря составляет:

50-55%.

 56-60%.

 61-65%.

 66-75%.

 Больше 75%.

470. 5-летняя выживаемость при III стадии рака мочевого пузыря составляет:

5-8%.

 9-15%.

 16-20%.

 21-24%.

 25-30%.

471. Частота рака предстательной железы в структуре онкологических заболеваний в РФ составляет:

1-3%.

 4-5%.

 6-8%.

 9-10%.

 15-20%.

472. Динамика заболеваемости раком предстательной железы:

Частота увеличивается

 Уменьшается

 Без динамики

 Возрастает у лиц физического труда

 Увеличивается у молодых людей

473. Рак предстательной железы среди злокачественных опухолей мужчин занимает:

1 место

 2 место

 3 место

 4 место

 5 место

474. Рак предстательной железы преимущественно встречается в возрасте:

До 20 лет

 До 30 лет

 До 40 лет

 До 50 лет

 Старше 50 лет

475. Предрасполагающими факторами для развития рака предстательной железы являются:

Ранняя половая активность

 Нарушение корреляции андрогенов и эстрогенов

 Хронический простатит

 Аденома предстательной железы

 Колит

476. Злокачественные опухоли предстательной железы могут быть представлены следующими структурами:

Аденокарцинома

 Скиррозный рак

 Солидный рак

 Мелкоклеточный рак

 Плоскоклеточный рак

477. При раке предстательной железы чаще всего метастазами поражаются:

Печень

 Кости

 Головной мозг

 Легкие

 Почки

478. Ведущими симптомами рака предстательной железы являются:

Учащенные позывы к мочеиспусканию

 Затруднение при мочеиспускании

 Запоры

 Боли в крестце, пояснице, ногах

 Гематурия, гематоспермия

479. Основными методами диагностики рака предстательной железы являются:

Пальцевое исследование предстательной железы

 Пункция опухоли

 УЗИ

 Определение уровня кислой и щелочной фосфатаз

 Рентгенография таза

480. Основными методами диагностики распространенности рака предстательной железы являются:

Рентгенография легких

 Цистография

 Радионуклидное исследование скелета

 УЗИ

 Лимфография

481. Методами лечения рака предстательной железы являются:

Хирургический

 Радиотерапия

 Гормонотерапия

 Комбинированный

 Иммунотерапия

482. Объем оперативного вмешательства при раке предстательной железы:

Простаэктомия

 Орхиэпидимэктомия

 Аденомэктомия

483. Для радиотерапии рака предстательной железы применяются следующие аппараты:

Дистанционные радиотерапия

 Линейные ускорители

 Аппараты для короткодистанционной рентгенотерапии

484. Для радиотерапии рака предстательной железы применяются:

Дистанционная лучевая терапия

 Внутритканная гамма-терапия опухоли

 Дистанционная ортовольтная рентгенотерапия опухоли

485. При радиотерапии при раке предстательной железы в зону облучения включаются:

Предстательная железа

 Предстательная железа и зона лимфооттока

 Гипофиз

 Яички, надпочечники и гипофиз

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

 30%.

 40%.

 50%.

 60%.

 80%.

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

 Хирургический

 Хирургический метод в сочетании с гормонотерапией

 Радиотерапия в сочетании с гормонотерапией

 Радиотерапия

 Комплексный

488. Методы лечения низкодифференцированного и недифференцированного железистого рака предстательной железы включают:

 Простатэктомию и орхиэпидимэктомию

 Гормонотерапию

 Радиотерапию

 Химиотерапию

 Простатэктомию, лучевую терапию, химиотерапию

489. Частота рака прямой кишки в структуре онкологических заболеваний составляет:

 2-10%.

 21-30%.

 31-40%.

 41-50%.

 51-60%.

490. Среди злокачественных опухолей рак прямой кишки занимает:

1 место

 6 место

 10 место

 15 место

 20 место

491. Среди опухолей желудочно-кишечного тракта рак прямой кишки занимает:

1 место

 2 место

 3 место

 4 место

 5 место

492. Чаще всего раком прямой кишки поражаются лица в возрасте:

До 30 лет

 30-40 лет

 40 лет и старше

493. Факторами, способствующими развитию рака прямой кишки являются:

Гиподинамия

 Нарушение жирового обмена

 Кишечный дисбактериоз

 Наличие ворсинчатых полипов кишечника

 Наличие парапроктита

494. Паховые лимфатические узлы при раке прямой кишки являются регионарными при поражении:

Анального кольца

 Анального канала

 Нижне-ампулярного отдела

 Средне-ампулярного отдела

 Верхне-ампулярного отдела

495. Отдаленные метастазы при раке прямой кишки чаще всего возникают:

В печени

 В легких

 В костях

496. Основными клиническими симптомами рака прямой кишки являются:

Наличие патологических выделений примеси крови и слизи в кале, изменения формы кала

 Боли в области прямой кишки

 Тенезмы

 Функциональные расстройства кишечника

 Нарушение сна

497. Обязательными для рака прямой кишки являются следующие методы диагностики:

Пальцевое исследование кишки

 Ректороманоскопия

 Фиброколоноскопия

 Биопсия

 Определение уровня карциноэмбрионального антигена

498. К методам диагностики рака прямой кишки относятся:

Рентгенологическое исследование

 Компьютерная томография

 УЗИ

 Радионуклидный метод

499. Методами лечения рака прямой кишки являются:

Хирургический

 Радиотерапия

 Химиотерапевтический

 Комбинированный

 Гормонотерапия

500. Показаниями к назначению лучевого лечения больных раком прямой кишки является:

Неоперабельность опухоли из-за местной распространенности процесса без признаков отдаленного метастазирования

 Генерализация процесса

 Отказ больного от радикального оперативного вмешательства

 Отказ больному в радикальном оперативном вмешательстве из-за выраженных сопутствующих заболеваний

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

Кишечная непроходимость

 Парапроктит

 Сопутствующие общесоматические заболевания легкой степени

 Солитарные метастазы в отдаленные органы

502. Современные методы лучевого лечения рака прямой кишки включают:

Дистанционная гамма-терапия

 Внутриполостная гамма-терапия

 Сочетанная радиотерапия

 Тормозное излучение

 Глубокая рентгенотерапия

503. Опухолями прямой кишки, отличающимися наибольшей радиочувствительностью, являются:

Аденокарцинома

 Плоскоклеточный рак

 Злокачественная меланома

 Коллоидный рак

 Саркома

504. Сочетанная лучевая терапия — это:

Дистанционное облучение + внутриполостное облучение

 Дистанционное облучение + внутритканевое облучение

 Дистанционное облучение + короткодистанционная рентгенотерапия

Все варианты верны

505. Суммарная очаговая доза при сочетанной радиотерапии рака прямой кишки составляет:

60 Гр

 70 Гр

 72 Гр - 85 Гр

 90-95 Гр

 1-120 Гр

506. Клинические проявления ранних местных лучевых реакций выражаются:

Патологическими выделениями из прямой кишки

 Тенезмами

 Чувством жжения кожи промежности

 Запорами

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

Характер и радикализм оперативного вмешательства

 Показатели гемопоэза

508. Предоперационная дистанционная радиотерапия показана при следующих стадиях рака прямой кишки:

I стадия

 II стадия

 III стадия

 IV стадия

509. К методам лечения местных лучевых реакций относятся:

Лечебные микроклизмы

 Свечи с анальгетиками

 Новокаиновые блокады

 Парэнтеральное питание

510. Клиническими проявлениями локальных и регионарных рецидивов являются:

Болевой синдром

 Нарушение функции кишечника

 Тенезмы

 Патологические выделения

 Снижение аппетита

511. Методами диагностики рецидивов рака прямой кишки являются:

Осмотр больного, пальцевое исследование

 УЗИ

 Компьютерная томография

 Цитологическое или морфологическое подтверждение

 Термография

512. 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:

Радикальную операцию

 Радиотерапию + операцию

 Сочетанную радиотерапию

513. Методами лечения рецидивов рака прямой кишки являются:

Повторное оперативное вмешательство

 Химиолучевое лечение

 Радиотерапия

 Химиотерапевтическое лечение

 Гормональное лечение

514. 5-летняя выживаемость после комбинированного лечения рака прямой кишки составляет:

80% и выше

 70-75%.

 55-60%.

 40-50%.

 20-35%.

515. Лимфогрануломатоз чаще всего встречается в возрасте:

До 5 лет

 От 6 до 14 лет

 От 15 до 55 лет

 Старше 55 лет

 Старше 70 лет

516. Наиболее благоприятными в прогностическом отношении являются следующие клинические формы лимфогрануломатоза:

Шейно-надключичная

 Подмышечная

 Медиастинальная

 Мезентериальная

 Пазово-подвздошная

517. Возможны следующие морфологические варианты лимфогрануломатоза:

Лимфоидное преобладание

 Нодуляторный склероз

 Ретикулосаркома

 Смешанно-клеточный вариант

 Лимфоидное истощение

518. Благоприятный прогноз имеют следующие морфологические варианта лимфогрануломатоза:

Лимфоидное преобладание

 Нодулярный склероз

 Смешанно-клеточный вариант

 Лимфоидное истощение

519. Для диагностики лимфогрануломатоза и его стадии заболевания применяются методы исследования:

Осмотр и пальпация

 Рентгенография и томография легких

 Пункция лимфатического узла

 Биопсия лимфатического узла

 Трепанобиопсия крыла подвздошной кости

520. Для диагностики лимфогрануломатоза и его стадии применяются методы исследования:

Все варианты верны

 Клинический и биохимический анализ крови

 Радионуклидное исследование печени, селезенки, почек, костей, лимфатических узлов

 Лапароскопия

 Диагностическая лапаротомия

521. Для лечения лимфогрануломатоза применяются следующие методы лечения:

Радиотерапия

 Химиотерапевтический

 Хирургический

 Комплексный

 Гормонотерапия

522. Радиотерапия в самостоятельном плане применяется при лимфогрануломатозе:

В IA стадии

 В IIA стадии

 В IIIA стадии

 В IIБ стадии

523. Разовая очаговая доза при лечении лимфогрануломатоза составляет:

1.2-1.5 Гр

 1.8-2.0 Гр

 2.2-2.4 Гр

 2.5 Гр

 3 Гр

524. Суммарная очаговая доза на зоны субклинического метастазирования при лимфогрануломатозе составляет:

30 Гр

 35 Гр

 40-45 Гр

 50 Гр

 20-25 Гр

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

35 Гр

 40-45 Гр

 50-55 Гр

 60-65 Гр

 70 Гр

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

 Локальное облучение увеличенных узлов или органа

 Монохимиотерапия

 Полихимиотерапия

 Радикальная программа лучевой терапии

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

I.

 II.

 III.

 IV.

528. При неходжкинской лимфоме необходимы суммарные очаговые дозы (СОД):

10-15 Гр

 20-25 Гр

 30-35 Гр

 40-60 Гр

 65 Гр

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

10-15 Гр

 20-25 Гр

 30-35 Гр

 50 Гр

 55 Гр

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

30 Гр

 40 Гр

 45 Гр

 50 Гр

 55 Гр

531. При хроническом лимфолейкозе применяются следующие методы лечения:

Хирургический

 Химиотерапевтический

 Химиолучевой

 Радиотерапия

532. При хроническом лимфолейкозе применяются следующие методы лучевой терапии:

Дистанционная гамма-терапия

 Короткодистанционная рентгенотерапия

 Внутритканевая терапия

 Внутриполостная терапия

533. При прогрессировании заболевания хроническим лимфолейкозом основными методами лечения являются:

Хирургический

 Химиотерапия

 Радиотерапия

 Химиолучевое лечение

534. Методами лечения при солитарной форме миеломной болезни являются:

Хирургический

 Химиотерапевтический

 Радиотерапия

 Химиолучевой

535. Суммарная очаговая доза при лечении миеломной болезни составляет:

10-15 Гр

 20-25 Гр

 30-35 Гр

 40-60 Гр

 55-60 Гр

536. Предрасполагающие факторы опухолей желудка:

Нерегулярность питания, прием очень горячей пищи, частое употребление солений, специй, копченостей

 Гиповитаминоз

 Злоупотребление алкоголем

 Курение

 Запоры

537. Предраковые состояния желудка:

Хронический гастрит

 Язвенная болезнь желудка

 Полипы и полипоз желудка

 Актиномикоз желудка

 Гиперплазия слизистой желудка

538. Основные симптомы рака желудка:

Снижение аппетита, вплоть до отвращения к пище (особенно к мясу)

 Похудание

 Тошнота

 Отрыжка тухлым

 Рвота

 Усиленная перистальтика кишечника

 Боли в эпигастрии

539. Основные зоны лимфогенного метастазирования при раке желудка:

Лимфатические узлы вдоль большой кривизны

 Ретропилорические узлы

 Лимфатические узлы вдоль малой кривизны и по ходу левых желудочных сосудов

 Лимфатические узлы в желудочно-ободочнокишечной связке

 Пахово-подвздошные узлы

540. Где чаще всего обнаруживаются отдаленные метастазы при раке желудка:

В печени

 В поджелудочной железе

 В легких

 В костях

 В центральной нервной системе

541. Основные методы диагностики рака желудка:

Осмотр

 Пальпация

 Рентгенологическое исследование

 Фиброгастроскопия с биопсией

 Все варианты верны

542. Основные методы диагностики распространенности рака желудка:

Все варианты верны

 Пальпация

 Ректальное (ректо-вагинальне) исследование

 Радионуклидное исследование печени

 Радионуклидное исследование костей

 Рентгенография легких

 Лапароскопия

543. С какой целью используется радиотерапия при раке желудка:

С паллиативной целью

 Как компонент комбинированного лечения

 Как метод радикального воздействия

544. Какой изотоп применяется для внутриполостного облучения при раке желудка:

Золото-198.

 Фосфор-32.

 Технеций-99m.

 Иридий-192.

 Иттрий-90.

545. Частота рака толстого кишечника среди опухолей желудочно-кишечного тракта:

0.5-1.

 2-4.

 5-8.

 9-13.

 14-18.

546. Предрасполагающие факторы развития рака кишечника:

Гастрит

 Язва желудка

 Полипы

 Колит

 Наследственность

547. Преобладающий тип рака толстой кишки:

Аденокарцинома

 Солидный рак

 Слизистый рак

 Анаплазированный рак

 Переходноклеточный рак

548. Основные методы диагностики рака кишечника:

Пальпация

 Ирригоскопия

 Аускультация

 Лапароскопия

 Колоноскопия

549. Методами диагностики распространенности опухолевого процесса при раке кишечника:

Все варианты верны

 УЗИ печени и забрюшинного пространства

 Компьютерная томография органов брюшной полости и забрюшинного пространства

 Лапароскопия

 Диагностическая лапаротомия

550. В качестве каких методов лечения может применяться радиотерапия при раке толстого кишечника:

Радикальный способ лечения

 Паллиативное или симптоматическое лечение

 Предоперационная радиотерапия

 Послеоперационная радиотерапия

 Химиолучевое лечение

551. Какова должна быть суммарная очаговая доза (СОД) при комбинированном лечении рака толстой кишки

30-35 Гр

 36-44 Гр

 44-50 Гр

 60 Гр

 65 Гр

552. Какова в процентах 5-летняя выживаемость при раке толстой кишки (после оперативного лечения):

10-15.

 20-30.

 35-45.

 55-60.

 70-80.

553. Какова в процентах 5-летняя выживаемость после комбинированного лечения при раке толстой кишки:

40-45.

 50-54.

 50-55.

 65-75.

 80-85.

554. Частота (в %) опухолей почки в структуре злокачественных новообразований:

1-2%.

 3-5%.

 6-8%.

 9-10%.

 11-15%.

555. Основные симптомы рака почки:

Гематурия

 Пальпируемая почка

 Боли в поясничной области

 Лихорадка

 Цистит

556. Основные зоны регионарного метастазирования при опухоли почки:

Парааортальные лимфатические узлы

 Паракавальные лимфатические узлы

 Подвздошные лимфатические узлы

557. Методы диагностики опухоли почки:

Все варианты верны

 Пальпация

 УЗИ

 Компьютерная томография

 Пункция почки

 Аортоангиография

 Анализы крови и мочи

 Цистоскопия и хромоцистоскопия

 Радионуклидные методы исследования

558. Методы лечения рака почки:

Верный ответ: 1, 2

 Хирургический

 Комбинированный

 Радиотерапия

559. Варианты применения радиотерапии при раке почки:

Предоперационная лучевая терапия

 Послеоперационная лучевая терапия

 Самостоятельная лучевая терапия

 Химиолучевое лечение

560. Показания для проведения послеоперационной лучевой терапии при раке почки:

Поражение почки в пределах капсулы

 Поражение почки с распространением на жировую клетчатку

 Прорастание почечной вены

 Рак почки с метастазами в регионарные лимфатические узлы

561. Суммарная очаговая доза (СОД) при послеоперационной радиотерапии рака почки:

Верный ответ: 3

 20-35 Гр

 30-35 Гр

 40-45 Гр

 50-55 Гр

 60-70 Гр

562. Особенности облучения саркомы Юинга у детей:

Суммарная очаговая доза приблизительно в 2 раза меньше, чем у взрослых

 Облучается половина кости

 Исключается из зоны облучения один из метафизов кости

563. Частота развития (в %) опухоли Вильмса у детей:

10-15.

 20-30.

 35-38.

 40-43.

 45-50.

564. В каком возрасте дети чаще всего поражаются опухолью Вильмса:

От 6 месяцев до 5 лет

 6-8 лет

 9-10 лет

 11-15 лет

565. Основные симптомы опухоли Вильмса:

Пальпируемая опухоль в брюшной полости

 Боли

 Гематурия

 Повышение температуры

 Боли в суставах

566. Основные методы диагностики опухоли Вильмса:

Все варианты верны

 Выделительная урография

 УЗИ

 Радионуклидный

 Компьютерная томография

 Цитологический

567. Методы лечения, применяемые при локализации опухоли в пределах почки:

Хирургический метод

 Операция + радиотерапия

 Радиотерапия + операция

 Операция + химиотерапия

568. Метод лечения, применяемый при распространенном раке почки:

Хирургический метод

 Радиотерапия + операция

 Химиотерапия + операция

 Химиотерапия + операция + послеоперационная редиотерапия + химиотерапия

 Химиолучевое лечение

569. Суммарная очаговая доза (СОД) при послеоперационном облучении рака почки:

10-14 Гр

 15-19 Гр

 20-24 Гр

 25-35 Гр

 36-45 Гр

570. Частота злокачественных опухолей яичка (в %) в структуре онкологических заболеваний:

0.5-1.

 1.5-2.

 3-4.

 5-6.

 10-15.

571. Предрасполагающе факторы для развития опухоли яичка:

Крипторхизм

 Аденома простаты

572. Ведущие симптомы при злокачественных опухолях яичка:

Увеличение и уплотнение яичка

 Боли в паховой области с иррадиацией в спину

 Дизурические явления

 Гинекомастия

 Боли в подреберье

573. Частая локализациея отдаленных метастазов при опухолях яичка:

Легкие

 Печень

 Почки

 Кости

 Головной мозг

574. Основные методы диагностики первичной опухоли яичка:

Пальпация

 Пункция опухоли

 Рентгенография мошонки

 Реакция мочи на хорионический гонадотропин

 Определение эмбриоспецифического a-фетопротеина

575 Основные методы лечения рака яичка:

Хирургический метод

 Радиотерапия

 Химиотерапия

 Гормонотерапия

 Комплексное лечение

576. Какова в процентах частота рака полового члена среди других злокачественных опухолей:

0.5-2.

 2.5-3.

 6-7.

 8-10.

577. Предрасполагающие факторы для развития рака полового члена:

Фимоз

 Задержка спермы в результате несоблюдения личной гигиены

 Интенсивная половая жизнь

578. Первый этап метастатического поражения при раке полового члена:

Паховые лимфатические узлы

 Подвздошные лимфатические узлы

 Парааортальные лимфатические узлы

 Медиастинальные лимфатические узлы

 Надключичные лимфатические узлы

579. Наиболее обоснованные методы лечения рака полового члена:

Хирургическое вмешательство

 Радиотерапия

 Полихимиотерапия

 Гормонотерапия

580. Возможные методы радиотерапии рака полового члена:

Все варианты верны

 Короткодистанционная рентгенотерапия

 Дистанционная гамма-терапии

 Внутритканевая радиотерапия

581. Частота (в %) 5-летнего излечения при I стадии рака полового члена:

75.

 80.

 85.

 90.

 95 и более

582. Какое место занимают опухоли кожи в структуре онкологических заболеваний:

Первое место

 Второе место

 Третье место

 Четвертое место

 Пятое место

583. Факторы риска для развития рака кожи:

Инсоляция

 Контакт с канцерогенными веществами

 Рентгеновское воздействие

 Травма

 Длительно незаживающая язва

584. Предраковые поражения кожи:

Пигментная ксеродерма

 Экзема кожи

 Болезнь Боуэна

 Болезнь Педжета

 Эритроплазия Кейра

585 Наиболее частая локализация рака кожи:

Лицо

 Туловище

 Волосистая часть головы

 Конечности

 Кожа промежности

586. Наиболее неблагоприятные в прогностическом отношении клинические формы рака кожи:

Поверхностная

 Инфильтрирующая

 Папиллярная

587. Наиболее эффективные методы лечения при IIIа стадии рака кожи:

Хирургический метод

 Комбинированный метод

 Сочетанная радиотерапия

588. Когда оправдано лучевое воздействие на зоны регионарного метастазирования при раке кожи:

В I стадии

 При наличии метастатических узлов в зонах регионарного метастазирования

 В II стадии

 В IIIА стадии

 В IVА стадии

589. Какой метод лечения наиболее приемлем для воздействия на зоны регионарного метастазирования при раке кожи:

Хирургический метод

 Радиотерапия

 Комбинированный метод

 Химиолучевой

 Химиотерапевтический

590. Разовая очаговая доза при проведении короткодистанционной рентгенотерапии при раке кожи:

1.8-2 Гр

 3-5 Гр

 6-7 Гр

 8-10 Гр

 27.5 Гр

591. Суммарная очаговая доза при проведении короткодистанционной рентгенотерапии рака кожи:

35-40 Гр

 45-50 Гр

 55-60 Гр

 65-70 Гр

592. Суммарная очаговая доза при плоскоклеточном раке кожи:

35-40 Гр

 45-50 Гр

 55-60 Гр

 65-70 Гр

 75-80 Гр

593. Суммарная очаговая доза при предоперационном облучении в операбельных случаях рака кожи:

25-30 Гр

 35-40 Гр

 45 Гр

 50 Гр

 55 Гр

594. Частота (в %) 5-летнего излечения при I стадии рака кожи:

70.

 80.

 85.

 90.

 95 и более.

595. Частота (в %) 5-летнего излечения при III стадии рака кожи:

45-50.

 55-60.

 61-55.

 66-70.

 75.

596. Какова степень инвазии при меланоме, если опухолевые клетки определяются в сосочковом слое:

Первая

 Вторая

 Третья

 Четвертая

 Пятая

597. Какова степень инвазии при меланоме, если опухолевые клетки определяются до ретикулярного слоя, не проникая в него:

Первая

 Вторая

 Третья

 Четвертая

 Пятая

598. Какова степень инвазии при меланоме, если опухолевые клетки определяются в ретикулярном слое:

Первая

 Вторая

 Третья

 Четвертая

 Пятая

599. Какова степень инвазии при меланоме, если опухолевые клетки определяются в клетчатке:

Первая

 Вторая

 Третья

 Четвертая

 Пятая

600. Какими методами может быть излечена меланома как первичная опухоль:

Операция

 Комбинированный метод

 Радиотерапия

 Радиотерапия + СВЧ-гипертермия

601. Какова (в %) 5-летняя выживаемость при меланоме T1-2N0M0:

40.

 50.

 60.

 70.

 80-90.

602. Какова (в %) 5-летняя выживаемость при меланоме в случае метастазов в лимфатические узлы:

10-15.

 16-20.

 25-35.

 40-45.

 50.

603. Наиболее частые локализации опухолей мягких тканей:

Нижние конечности

 Верхние конечности

 Туловище

604. Какие опухоли мягких тканей встречаются наиболее часто:

Неклассифицируемые злокачественные опухоли

 Фибросаркома

 Синовиальная саркома

 Нейросаркома

 Липосаркома

605. Куда (в основном) метастазируют саркомы мягких тканей:

В легкие

 В кости

 В печень

 В плевру

 В головной мозг

606. Наиболее характерный признак сарком мягких тканей:

Наличие болевого синдрома без определяемой опухоли

 Ограниченная смещаемость вдоль волокон мышц

 Ограниченная смещаемость поперек волокон мышц

607. Основные методы диагностики сарком мягких тканей:

Пальпация

 Рентгенографический

 УЗИ

 Цитологическое исследование

 Гистологическое исследование

608. Методы лечения сарком мягких тканей:

Хирургический

 Комбинированный

 Внутритканевая радиотерапия

 Химиолучевой

609. Верно ли, что предоперационное облучение зон регионарного метастазирования при саркомах оправдано, если имеются увеличенные плотные метастатические лимфатические узлы:

Да

 Нет

610. Чему равна суммарная очаговая доза при предоперационном облучении в области первичной злокачественной опухоли мягких тканей:

30-35 Гр

 40-44 Гр

 45-50 Гр

 55 Гр

 60 Гр

611. Какие методы лечения применяют при рецидивах злокачественной опухоли мягких тканей:

Хирургический метод

 Комбинированный метод

 Химиолучевое лечение

612. Частота (в %) опухолей костей в структуре злокачественных опухолей:

0.1-0.5%.

 0.6-0.9%.

 1.0-1.5%.

 2.0-2.5%.

 3.0-3.5%.

613. Наиболее частые локализации злокачественных костных опухолей:

Кости нижних конечностей

 Кости верхних конечностей

 Таз

 Череп

614. Какие опухоли (из указанны) имеют относительно благоприятное течение:

Ретикулосаркома

 Хондросаркома

 Саркома Юинга

615. В зависимости от данных каких методов диагностики определяется тактика лечения злокачественнх опухолей костей:

Рентгенологического

 Радионуклидного

 Цитологического

 Морфологического

616. Лечебная тактика при остеогенной саркоме:

Оперативное лечение

 Предоперационная радиотерапия обычными фракциями + операция

 Предоперационная химиотерапия + операция

 Предоперационное химиолучевое лечение + операция + химиотерапия

 Химиолучевое лечение

617. Какова (в %) 5-летняя выживаемость при остеогенной саркоме:

5-8.

 10-15.

 16-20.

 25-30.

 35-40.

618. Какие опухоли (из указанных) являются радиочувствительными:

Фибросаркома

 Остеобластокластома

 Саркома Юинга

 Ретикулосаркома

 Миелома

619. Показаниями для проведения радиотерапии при неопухолевых заболеваниях являются:

Острые и хронические воспалительные процессы

 Заболевания кожи

 Язвенная болезнь

620. Показаниями для проведения радиотерапии при неопухолевых заболеваниях являются:

Заболевания периферической нервной системы

 Заболевания центральной нервной системы

 Туберкулез

621. Противопоказаниями для проведения радиотерапии при неопухолевых заболеваниях являются:

Беременность

 Детский возраст

 Детородный возраст

 Заболевания печени

622. При лечении неопухолевых заболеваний применяются:

Аппликационная гамма-терапия

 Рентгенотерапия

 Дистанционная гамма-терапия

623. При острых воспалительных заболеваниях величина разовой очаговой дозы не должна превышать:

0.05 Гр

 0.1-0.2 Гр

 0.25-0.3 Гр

 0.35 Гр

 0.5 Гр

624. При острых воспалительных процессах облучение проводится:

Один раз в неделю

 2 раза в неделю

 3 раза в неделю

 Ежедневно

 Раз в десять дней

625. Суммарная очаговая доза (СОД) при лечении острых воспалительных заболеваний составляет:

0.5 Гр

 0.75 Гр

 1.0 Гр

 1.2-2.4 Гр

 2.5-3.0 Гр

626. При дегенеративно-дистрофических заболеваниях костно-суставного аппарата применяется разовая очаговая доза, равная:

0.1-0.15 Гр

 0.2-0.25 Гр

 0.3-0.5 Гр

 0.6-0.75 Гр

 0.8-1.0 Гр

627. При дегенеративно-дистрофических заболеваниях костно-суставного аппарата облучение проводится:

Один раз в неделю

 2-3 раза в неделю

 Ежедневно

 Один раз в 10 дней

628. Суммарная очаговая доза при дегенеративно-дистрофических заболеваниях суставов составляет:

2.0-2.4 Гр

 2.5-3.5 Гр

 4.0 Гр

 4.5 Гр

 5.0 Гр