

**Инструкция: выберите один правильный ответ.**

В структуре смертности среди детей в экономически развитых странах, по данным ВОЗ, на первом месте стоит смерть от:

- а злокачественных опухолей;
- б несчастных случаев;
- в инфекционных заболеваний;
- г сердечно-сосудистых заболеваний.

Среди причин детской смертности в экономически развитых странах, по данным ВОЗ, злокачественные новообразования занимают:

- а первое место;
- б второе место;
- в третье место;
- г четвертое место.

Заболеваемость злокачественными новообразованиями у детей в экономически развитых странах составляет в среднем на 100 000 детского населения:

- а 8—10 детей;
- б 10—12 детей;
- в 14—15 детей;
- г 17—18 детей;
- д 19—20 детей.

К особенностям онкопедиатрии относятся:

- а врожденный характер большинства опухолей;

- б связь опухолей и пороков развития;
- в преобладание саркоматозных опухолей;
- г все перечисленное.

В морфологии солидных опухолей у детей преобладают:

- а рак;
- б саркома;
- в нет четкого различия.

В детском возрасте из солидных злокачественных опухолей чаще всего встречаются:

- а саркомы мягких тканей;
- б опухоли почек;
- в нейробластома;
- г опухоли ЦНС;
- д опухоли костей.

В структуре онкогематологических заболеваний у детей первое место занимает:

- а лейкомия;
- б болезнь Ходжкина;
- в неходжкинские лимфомы.

Какие злокачественные опухоли относятся к "истинным детским опухолям"?

- а Тератобластома, ретинобластома, нейробластома, рабдомиосаркома.
- б Саркома Юинга, синовиальная саркома, хронический лимфолейкоз, лимфосаркома.

в Саркома Юинга, тератобластома, ретинобластома, нейробластома.

г Тератобластома, ретинобластома, нейробластома, лимфосаркома.

У детей в возрасте до 5 лет преобладают следующие злокачественные опухоли:

а остеогенная саркома и синовиальная саркома;

б рак щитовидной железы;

в нейробластома и нефробластома;

г все ответы правильные.

У детей старше 12 лет преобладают опухоли:

а нейробластома;

б нефробластома;

в остеогенная саркома;

г тератобластома;

д ретинобластома.

Особенностью диагностики злокачественных опухолей у детей является:

а невозможность сбора анамнеза в большинстве случаев от самого пациента;

б необходимость применения дополнительных методов визуализации;

в расположение опухолей в труднодоступных для диагностики анатомических областях;

- г необходимость применения почти во всех случаях анестезиологического пособия;
- д все перечисленное.

Основной причиной запущенности онкологических больных в детском возрасте являются:

- а поздняя обращаемость;
- б недооценка и неправильная трактовка клинических и лабораторных данных врачами общей лечебной сети, отсутствие онкологической настороженности;
- в наличие многочисленных клинических "масок" ряда опухолей;
- г все ответы правильны.

Когда следует начинать реабилитацию ребенка, больного злокачественной опухолью?

- а С момента постановки диагноза.
- б В процессе проведения специальной терапии.
- в После окончания специальной терапии.
- г Спустя 2 года после окончания специального лечения.

Проблемами реабилитации больного ребенка занимается:

- а педиатр-онколог;
- б психолог;
- в методист по лечебной физкультуре;
- г педагог;

д все перечисленные.

Следует ли родителей ребенка информировать о плане специального лечения, этапах терапии, о возможных реакциях и осложнениях, сопровождающих противоопухолевое лечение?

- а Полный объем информации.
- б Не следует.
- в Не обязательно.
- г Следует обсуждать избирательные моменты.

Паренхиму новообразования составляют:

- а собственно опухолевые клетки;
- б соединительная ткань;
- в кровеносные и лимфатические сосуды;
- г нервные и клеточные элементы стромы.

Строма опухоли:

- а является необходимой поддерживающей структурой;
- б обеспечивает подведение к опухолевым клеткам питательных веществ и кислорода;
- в обеспечивает удаление продуктов метаболизма опухолевых клеток;
- г все ответы верны.

Вновь образованные сосуды злокачественных опухолей:

- а редко приближаются по строению к нормальным венам и артериям;

- б могут быть представлены в виде каналов, выстланных эндотелием;
- в на уровне капилляров могут быть выстланы самими опухолевыми клетками;
- г все ответы правильны.

В тератоме могут развиваться производные:

- а эктодермы;
- б мезодермы;
- в эндодермы;
- г все ответы правильны.

К опухолям с местно-деструирующим ростом относятся:

- а десмоид;
- б фиброаденома;
- в миома;
- г липома.

Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта обладают преимущественно:

- а инфильтративным ростом;
- б экзофитным ростом;
- в смешанным ростом;
- г все перечисленные типы встречаются с одинаковой частотой.

К опухолевым процессам яичников относятся:

- а фолликулярная киста;
- б фиброма яичников;
- в кистама яичников;
- г дермоидная киста.

К новообразованиям АПУД-системы относятся:

- а рак большой слюнной железы;
- б медуллярный рак щитовидной железы;
- в бронхиогенный рак;
- г менингиома;
- д хордома.

Установленная степень распространения опухолевого процесса по системе TNM и (pTNM):

- а должна оставаться без изменения в медицинской документации;
- б может быть изменена после специального лечения при выявлении в процессе наблюдения за больным метастаза в регионарные лимфатические узлы; в процессе наблюдения за больным метастаза в регионарные лимфатические узлы;
- в может быть изменена только при выявлении отдаленных метастазов при динамическом наблюдении.

Установленная степень распространения опухолевого процесса по системе TNM и (pTNM) основана на:

- а клиническом и иногда гистопатологическом определении анатомического распространения заболевания;
- б морфологической характеристике опухоли;
- в наличии дополнительных характеристик опухолевого процесса (В-симптомов, паранеопластических синдромов).

В системе TNM компонент T обозначает:

- а объем первичной опухоли в см<sup>3</sup>;
- б распространение первичной опухоли;
- в наличие остаточной опухоли после проведенного лечения.

В системе TNM компонент N обозначает:

- а были ли удалены регионарные лимфатические узлы во время операции и в каком количестве;
- б какое число регионарных лимфоузлов исследовалось морфологически;
- в отсутствие или наличие метастазов в регионарных лимфатических узлах и степень их поражения.

В системе TNM компонент M обозначает:

- а отсутствие или наличие отдаленных метастазов;
- б возможность полного удаления отдаленных метастазов;



в возникновение метастазов по завершении лечения.

Классификация TNM является:

- а клинической, применяется до начала лечения и основана на данных клинического, рентгенологического, эндоскопического исследования и биопсии;
- б патологоанатомической, основана на данных, полученных до начала лечения, но дополненных или измененных на основании сведений, полученных при хирургическом вмешательстве или исследовании операционного материала;
- в эмпирической.

Классификация pTNM является:

- а клинической, применяется до начала лечения и основана на данных клинического, рентгенологического, эндоскопического исследования и биопсии;
- б патологоанатомической, основана на данных, полученных до начала лечения, но дополненных или измененных на основании сведений, полученных при хирургическом вмешательстве или исследовании операционного материала;
- в эмпирической.

Для обозначения гистологической дифференцировки в классификации TNM применяется символ:

- а С;
- б G;
- в R;
- г у;
- д Ч.

Степень гистологической дифференцировки опухоли может быть:

- а высокой;
- б средней;
- в низкой;
- г все ответы верные.

Высокая степень дифференцировки опухоли обозначается символом:

- а G1;
- б G2;
- в G3;
- г G4.

Низкой степени дифференцировки опухоли соответствует символ:

- а G1;
- б G2;
- в G3;
- г G4.

В морфологии солидных опухолей детского возраста преобладают:

- а рак;

- б саркома;
- в нет четкого различия.

Наименее зрелая нейрогенная опухоль у детей:

- а ганглионеврома;
- б ганглионейробластома;
- в нейробластома.

Наиболее зрелая нейрогенная опухоль у детей:

- а ганглионеврома;
- б ганглионейробластома;
- в нейробластома.

Основным морфологическим критерием для постановки диагноза лимфогранулематоза является:

- а стертый рисунок строения лимфатического узла;
- б наличие клеток Березовского — Штернберга - Рид;
- в наличие клеток Ходжкина;
- г наличие клеток Пирогова — Лангерганса.

В лимфоидную систему человека входят:

- а вилочковая железа;
- б пейеровы бляшки;
- в костный мозг;
- г селезенка;
- д грудной лимфатический проток;
- е все перечисленное.

Наибольшее количество Т-лимфоцитов вырабатывается в:

- а костном мозге;
- б вилочковой железе;

в в лимфатических узлах.

Наибольшее количество В-лимфоцитов вырабатывается в:

- а селезенке;
- б костном мозге;
- в пейеровых бляшках.

Основными биохимическими процессами в опухолевой клетке являются:

- а фотосинтез;
- б анаэробный гликолиз;
- в окислительно-восстановительные процессы;
- г правильного ответа нет;
- д все ответы правильны.

В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток:

- а не нарушена;
- б нарушена умеренно;
- в нарушена выраженно;
- г возможны все варианты.

Одним из основных свойств клеток злокачественных новообразований является:

- а неконтролируемый рост;
- б контролируемый рост;
- в обязательное укорочение клеточного цикла;
- г обязательное удлинение клеточного цикла.

Злокачественные опухоли могут быть вызваны воздействием:

- а полициклических ароматических углеводородов;
- б ионизирующего излучения;

- в ретровирусов;
- г правильно 1 и 2;
- д все ответы правильны.

Необходимым элементом вирусного канцерогенеза является:

- а размножение вируса в клетке;
- б гибель клетки;
- в интеграция ДНК- или РНК-вируса с ДНК-клетки;
- г изменение иммунологического статуса;
- д все ответы правильны.

Основная сущность злокачественных опухолей заключается в:

- а нарушении биохимических процессов в цитоплазме;
- б нарушении взаимодействия структур ядра и цитоплазмы;
- в повреждении генетического аппарата клетки;
- г правильны ответы 1 и 2;
- д правильного ответа нет.

В результате воздействия одного химического канцерогена возникают опухоли:

- а только одного гистологического типа;
- б тип опухоли зависит от типа клеток, подвергаемых воздействию канцерогена;
- в тип опухоли зависит от факторов развития (эмбриогенез, половое созревание);
- г правильны ответы 2 и 3;

д правильного ответа нет.

Доброкачественным опухолям  
присущи:

- а инфильтративный рост;
- б экспансивный рост;
- в нарушение дифференцировки  
клеток;
- г правильны ответы 2 и 3;
- д правильны все ответы.

Обязательными свойствами только  
злокачественных опухолей являются:

- а инфильтративный рост;
- б метастазирование;
- в экспансивный рост;
- г все ответы правильны;
- д правильны ответы 1 и 2.

Определение гормональных  
рецепторов важно:

- а для типирования гистологической  
природы опухолей;
- б для определения уровня гормонов в  
организме;
- в для определения целесообразности  
гормонотерапии;
- г правильны ответы 1 и 2;
- д все ответы правильны.

Возникновению опухолей  
способствует:

- а снижение показателей клеточного  
иммунитета;
- б состояние иммунитета не влияет на  
возникновение опухолей;

в влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно.

К физическим канцерогенным факторам относятся:

- а ионизирующая радиация;
- б ультрафиолетовые лучи;
- в вибрация;
- г повышенное атмосферное давление;
- д правильны ответы 1 и 2.

Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению:

- а рака кожи;
- б рака легкого;
- в рака желудка;
- г нет правильного ответа.

Наиболее устойчива к онкогенному действию ультрафиолетового излучения кожа:

- а не содержащая пигмента;
- б содержащая незначительное количество пигмента;
- в сильно пигментированная;
- г содержание пигмента не оказывает влияния.

Дробление общей дозы при радиоактивном (ионизирующем) облучении:

- а снижает онкогенный эффект;
- б повышает онкогенный эффект;
- в не оказывает какого-либо влияния на онкогенный эффект.

Дробление общей дозы при действии химических канцерогенов:

- а увеличивает онкогенный эффект;
- б не оказывает какого-либо влияния;
- в снижает онкогенный эффект.

Онкогенными являются:

- а только РНК-вирусы;
- б только ДНК-вирусы;
- в и те, и другие;
- г ни те, ни другие.

Трансформация клеток-мишеней в опухолевые под воздействием онкогенных вирусов:

- а не сопровождается гибелью клеток;
- б сопровождается гибелью клеток;
- в в равной мере возможны оба варианта — 1-й и 2-й.

Определенное отношение к возникновению лимфомы Беркитта и рака носоглотки у человека имеет:

- а аденовирус;
- б вирус Эпштейна — Барр (возбудитель инфекционного В мононуклеоза);
- в Рарова-вирус;
- г вирус из группы вирусов оспы.

К наследственно детерминированным могут быть отнесены опухоли:

- а рабдомиосаркома;



- б ретинобластома;
- в острый лимфобластный лейкоз;
- г лимфосаркома;
- д все ответы правильны.

Выраженную связь с наследственным характером опухоли в структуре злокачественных новообразований детского возраста имеют:

- а ретинобластомы;
- б пигментная ксеродерма;
- в лимфогранулематоз;
- г билатеральные нефробластомы;
- д тератобластомы.

Критериями принадлежности индивидуума к генетически детерминированной группе является:

- а билатеральность;
- б полифокусность;
- в наличие в семье еще одного пораженного;
- г все перечисленное.

Для того чтобы опухоль наследовалась, должны произойти мутационные изменения в:

- а герминогенных клетках;
- б соматических клетках;
- в тех и других клетках.

Каков риск возникновения повторных злокачественных опухолей в семьях, где имеется ребенок, относящийся к генетически детерминированной группе?

- а 5-10%;
- б 15-25%;
- в 30-45%;
- г 50-65%.

Какие из перечисленных синдромов и пороков развития представляют повышенный риск для возникновения опухолей у детей?

- а Аниридия.
- б Гемигипертрофия.
- в Пороки развития мочеполовой системы.
- г Синдром Гарднера.
- д Анемия Фанкони.
- е Все перечисленное.

Генетические нарушения (повреждения) нормальной клетки, предрасполагающие ее к опухолевой трансформации, могут быть реализованы в виде:

- а генных мутаций;
- б хромосомных aberrаций;
- в изменений в количестве копий генов;
- г изменений в количестве хромосом;
- д все ответы правильны.

Контакт организма с безусловно канцерогенными агентами и повреждения, производимые ими в геноме:

- а во всех случаях приводят к возникновению злокачественных опухолей;
- б далеко не всегда приводят к возникновению злокачественных опухолей;
- в никогда не приводят к возникновению злокачественных опухолей.

Протоонкогены клетки существуют в виде:

- а лишней хромосомы;
- б участка клеточной мембраны;
- в небольшой области нуклеотидных последовательностей ДНК.

Онкоген является:

- а активным гомологом протоонкогена;
- б небольшой нуклеотидной последовательностью, расположенной в ДНК рядом с протоонкогеном;
- в оба ответа правильны;
- г правильного ответа нет.

Взаимосвязь развития опухоли и иммунологического статуса основывается на следующих положениях:

- а наличие на поверхности опухолевых клеток антигенов, распознаваемых иммунной системой хозяина, которая в ряде случаев элиминирует опухолевые клетки или длительное время сдерживает их рост;
- б высокая вероятность развития злокачественных опухолей у больных с первичными иммунодефицитами;
- в индукция иммунной недостаточности (тимэктомия) сопровождается учащением возникновения новообразований;
- г все ответы правильны.

К достоинствам метода УЗТ относятся:

- а неинвазивный характер исследования;
- б безвредность;
- в отсутствие противопоказаний;
- г высокая информативность;
- д все ответы правильны.

К эндоскопическим методам исследования относятся:

- а лапароскопия;
- б торакоскопия;
- в рентгеноскопия;
- г капилляроскопия;
- д правильны ответы 1 и 2.

Наиболее информативное исследование при опухолях щитовидной железы:

ангиография;

- а цитологическое исследование;
- б термография;
- в радиоизотопное сканирование;
- г все ответы правильны.

Наиболее информативный метод исследования при опухолях средостения:

- а полипозиционная рентгенография;
- б ангиография;
- в компьютерная томография;
- г торакоскопия;
- д все ответы правильны.

Наиболее информативный метод исследования при нефробластоме:

- а ангиография;
- б компьютерная томография;
- в ультразвуковая томография;
- г выделительная урография;
- д правильны ответы 1 и 2.

Наиболее информативный метод исследования при нефробластоме V стадии:

- а компьютерная томография;
- б артериография;
- в выделительная урография;
- г ультразвуковая томография.

Наиболее информативный метод исследования при опухолях костей:

- а радиоизотопное сканирование;
- б ангиография;
- в рентгенография;
- г пункционная биопсия;
- д правильны ответы 1 и 4.

Уровень катехоламинов может быть определен в:

- а моче;
- б крови;
- в слюне;
- г спинномозговой жидкости.

Уровень стероидных гормонов определяется в:

- а моче;
- б крови;
- в ткани опухоли;
- г правильны ответы 1 и 2;
- д все ответы правильны.

При злокачественных опухолях у детей чаще всего наблюдается:

- а гипокоагуляция;
- б гиперкоагуляция;
- в нормокоагуляция.

Для механической желтухи в первую очередь характерно резкое повышение активности:

- а АСТ;
- б АЛТ;
- в щелочной фосфатазы;
- г ЛДГ.

Для механической желтухи характерно повышение:

- а концентрации только прямого билирубина;
- б концентрации только непрямого билирубина;
- в прямого и непрямого билирубина;
- г сначала прямого, а затем непрямого билирубина.

Венография нижней полой вены является обязательной при:

- а забрюшинной нейробластоме III стадии;
- б правосторонней нефробластоме.
- в в том и другом случае.

Повышение уровня фибриногена в сыворотке крови характерно для:

- а нефробластомы;
- б нейробластомы;
- в сарком мягких тканей;
- г всех злокачественных опухолей.

Гипертромбоцитоз является характерным для:

- а всех злокачественных опухолей негемопозитической природы;
- б опухолей ЦНС;
- в системных злокачественных заболеваний.

Повышение уровня экскреции катехоламинов является характерным для:

- а заболеваний почек;
- б нейробластом;
- в лимфопролиферативных процессов.

Повышение уровня щелочной фосфотазы характерно для:

- а злокачественных солидных опухолей;
- б лимфопролиферативных процессов;

в не является специфичным при онкологической патологии.

У детей в возрасте до 6 мес. года высокие уровни АФП в сыворотке крови являются:

- а нормой;
- б подозрением на наличие опухоли;
- в симптомом нарушения белкового обмена.

Появление альфа-фетопротеина в сыворотке крови указывает на:

- а гепатобластомы;
- б тератобластомы;
- в гепатита;
- г правильны ответы 1 и 2;
- д все ответы правильны.

Повышение уровня катехоламинов в моче возможно:

- а при наличии нейрогенной опухоли;
- б при наличии опухоли ЦНС;
- в после употребления большого количества цитрусовых и шоколада;
- г правильны ответы 1 и 3;
- д все ответы правильны.

К инвазивным методам рентгенологического исследования относятся:

- а компьютерная томография;
- б ирригоскопия;
- в ангиография.



К неинвазивным методам  
рентгенологического исследования  
относятся:

- а аортография;
- б лимфография;
- в компьютерная томография;
- г илеокавография;
- д веноазигография.

К специальным методам  
рентгенологического исследования  
относятся:

- а рентгенография грудной клетки;
- б гистерография;
- в рентгенография костей скелета;
- г обзорная рентгенография брюшной полости.

К рентгенологическим методам  
исследования мочевых путей  
относятся:

- а гистерография;
- б экскреторная урография;
- в холецистография;
- г бронхография.

Ангиография наиболее информативна  
при диагностике:

- а опухолей матки;
- б опухолей почки;
- в опухолей желудка;
- г опухолей легких.

Радиоизотопные исследования в  
клинической онкологии используются  
для:

- а выявления первичной опухоли;

- б определения распространенности новообразования;
- в оценки функционального состояния некоторых органов;
- г все ответы правильны.

Опухоль характеризуется:

- а повышенным накоплением изотопа в опухоли;
- б пониженным накоплением изотопа в опухоли;
- в нарушением распространения изотопа по сосудам;
- г правильны ответы 1 и 2;
- д все ответы правильны.

Радиоактивный йод применяют для диагностики:

- а опухолей поджелудочной железы;
- б желудка;
- в щитовидной железы;
- г правильны ответы 1 и 3;
- д все ответы правильны.

Для диагностики метастатического поражения костей чаще всего используется:

- а радиоактивный фосфор;
- б радиоактивный стронций;
- в радиоактивный кобальт;
- г радиоактивный йод.

У больных с нейробластомой повышение суточной экскреции с мочой катехоламинов наблюдается у:

- а 85 % пациентов;
- б 50 % пациентов;

в 25 % пациентов.

Какие из фракций катехоламинов преимущественно увеличиваются при злокачественных нейрогенных опухолях?

- а Адреналин.
- б Норадреналин.
- в Дофамин.
- г ДОФА.
- д правильные ответы 3 и 4.

Особенности, связанные с лечением детей со злокачественными опухолями:

- а нарушение топографоанатомических соотношений при многих опухолях в связи с их врожденным характером;
- б большие оперативные вмешательства у маленьких детей;
- в высокая чувствительность большинства опухолей у детей к ионизирующему излучению и химиопрепаратам;
- г повреждающее действие ионизирующего излучения на зоны роста и репродуктивную функцию;
- д все перечисленное.

Абсолютным противопоказанием к оперативному лечению являются:

- а возраст ребенка;
- б сопутствующие заболевания (сахарный диабет, порок сердца, пороки развития);

- в отягощенный аллергический анамнез;
- г запущенность опухолевого процесса.

Особенностью оперативных вмешательств у детей раннего возраста с онкологическими заболеваниями являются:

- а большой объем оперативного вмешательства;
- б трудность в управлении гомеостазом;
- в повышенная чувствительность к кровопотере;
- г все перечисленное.

Термину "операбельность" соответствует:

- а состояние больного, позволяющее выполнить операцию;
- б состояние больного, позволяющее выполнить радикальную операцию;
- в распространенность опухоли, позволяющая выполнить радикальную операцию.

К понятию "резектабельность" относятся:

- а локализация и распространенность новообразования, позволяющая выполнить радикальную операцию;
- б возможность выполнить резекцию органа;

в состояние больного, позволяющее выполнить операцию.

На отдаленные результаты лечения злокачественных опухолей у детей наибольшее влияние оказывают:

а гистологическая структура опухоли;

б наличие отдаленных метастазов;

в наличие регионарных метастазов;

г возраст больного.

Факторы, влияющие на объем операции:

а стадия заболевания;

б возраст ребенка;

в гистологическая структура опухоли;

г все ответы правильны.

Виды оперативного лечения при злокачественных опухолях костей:

а краевая резекция;

б экскохлеация;

в широкая сегментарная резекция;

г ампутация конечности;

д правильны ответы 3 и 4.

При солидных опухолях забрюшинного пространства II стадии проводится лечение:

а только хирургическое;

б комбинированное;

в индивидуально подобранное.

При каких солидных злокачественных опухолях допустимо нерадикальное удаление опухоли:

- а При нефробластоме.
- б При нейробластоме.
- в При опухолях мягких тканей.
- г При опухолях костей.

Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется:

- а как самостоятельный метод;
- б в комбинации с хирургическим методом;
- в в комбинации с химиотерапией;
- г все ответы правильны.

Основная задача радикальной лучевой терапии:

- а подведение максимально возможной дозы;
- б снижение биологической активности опухолевых клеток;
- в вызов гибели наиболее чувствительных опухолевых клеток;
- г достижение частичной регрессии опухоли;
- д достижение полной регрессии.

Паллиативная лучевая терапия решает следующие задачи:

- а подведение максимально возможной дозы излучения;
- б вызов гибели наиболее чувствительного пула опухолевых клеток;
- в получение торможения роста опухоли;

- г получение частичной регрессии опухоли;
- д ответы 3 и 4.

Наиболее резистентной к лучевой терапии является:

- а плоскоклеточный неороговевающий рак;
- б семинома;
- в опухоль Юинга;
- г остеогенная саркома.

Послеоперационная лучевая терапия может быть проведена в следующих случаях:

- а при нерадикальности операции;
- б при выявлении во время операции регионарных метастазов;
- в при неабластичности операции;
- г правильны ответы 1 и 2;
- д все ответы правильны.

На радиочувствительность оказывают влияние:

- а напряжение кислорода в опухоли;
- б дифференцировка опухолевых клеток;
- в гипертермия опухоли;
- г все ответы правильны.

Используются следующие факторы модификации радиочувствительности опухоли:

- а локальная гипертермия;
- б искусственная гипергликемия;
- в гипербарическая оксигенация;
- г искусственная локальная гипоксия;

д все ответы правильны.

Абсолютным противопоказанием к лучевому лечению является:

- а пожилой возраст;
- б молодой возраст;
- в активный туберкулез;
- г все перечисленные факторы;
- д ни один из перечисленных факторов.

Единицей измерения экспозиционной дозы излучения является:

- а грэй;
- б рад;
- в кюри;
- г рентген.

Единицей измерения поглощенной дозы излучения является:

- а грэй;
- б кюри;
- в рентген;
- г все ответы правильны;
- д правильного ответа нет.

К лучевым реакциям относятся:

- а фиброз;
- б лучевая язва;
- в эритема кожи;
- г лучевой рак.

Для профилактики и лечения лучевых реакций слизистых оболочек применяют:

- а антисептические растворы;
- б витаминизированные растворы;
- в метилурацил;



- г все перечисленное;
- д ничего из перечисленного.

Для профилактики и лечения общих лучевых реакций применяют:

- а антигистаминные препараты;
- б витамины;
- в седативные средства;
- г правильны ответы 1 и 2;
- д все ответы правильны.

Механизм действия алкилирующих препаратов проявляется в:

- а реакции алкилирования молекул ДНК;
- б нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты;
- в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы;
- г денатурации тубулина — белка микротрубочек;
- д образовании сшивок молекул ДНК.

Механизм действия противоопухолевых антибиотиков проявляется в:

- а реакции алкилирования молекул ДНК;
- б нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты;
- в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы;
- г денатурации тубулина — белка микротрубочек;

д образовании сшивок молекул ДНК.

Механизм действия антиметаболитов  
проявляется в:

- а реакции алкилирования молекул ДНК;
- б нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты;
- в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы;
- г денатурации тубулина — белка микротрубочек;
- д образовании сшивок молекул ДНК.

Механизм действия препаратов  
растительного происхождения  
(например, таксола) проявляется в:

- а реакции алкилирования молекул ДНК;
- б нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты;
- в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы;
- г денатурации тубулина — белка микротрубочек;
- д образовании сшивок молекул ДНК.

Механизм действия производных  
платины проявляется в:

- а реакции алкилирования молекул ДНК;
- б нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты;

- в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы;
- г денатурации тубулина — белка микротрубочек;
- д образовании сшивок молекул ДНК.

Эффективная предоперационная химиотерапия в ряде случаев может привести к:

- а уменьшению объема опухоли;
- б переводу больного в операбельное состояние;
- в возможному сокращению объема оперативного вмешательства;
- г всему перечисленному;
- д правильных ответов нет.

Высококочувствительными к цитостатикам являются:

- а ретинобластома;
- б герминогенные опухоли;
- в остеогенная саркома;
- г саркома Юинга;
- д правильны ответы 1, 2, 4.

Наиболее уязвима для цитостатиков опухолевая клетка, находящаяся в фазе:

- а M;
- б G1;
- в S;
- г G2;
- д G.

Противопоказанием для назначения антрациклинов является:

- а диссеминация опухолевого процесса;
- б сердечно-сосудистая недостаточность;
- в повышение температуры тела до 37,5 °С;
- г отсутствие одной почки.

Противопоказанием для применения ифосфамида является:

- а геморрагический цистит;
- б инфаркт в анамнезе;
- в повышение трансаминаз в 2 раза;
- г аллергия в анамнезе.

При лечении опухолевых плевритов и асцитов наиболее эффективным способом введения химиопрепаратов является:

- а системная химиотерапия;
- б региональная химиотерапия;
- в локальная химиотерапия;
- г все методы одинаково эффективны.

Согласно рекомендации ВОЗ, под полным эффектом (полной ремиссией) понимают:

- а полную резорбцию опухоли;
- б полную резорбцию опухоли сроком не менее чем на 1 месяц;
- в полную резорбцию опухоли сроком не менее чем на 2 месяца;
- г уменьшение опухоли и улучшение состояния больного.

Согласно рекомендации ВОЗ, под частичным эффектом (частичной ремиссией) понимают:

- а уменьшение опухоли, улучшение состояния больного;
- б уменьшение размеров опухоли >50%;
- в уменьшение размеров опухоли >50 % сроком не менее чем на 2 месяца.

Статистически значимое увеличение жизни больных с диссеминированным опухолевым процессом достигается при:

- а получении полного эффекта;
- б получении эффекта <50 %;
- в получении субъективного эффекта;
- г правильны ответы 1 и 2.

Под термином "неoadьювантная химиотерапия" понимают:

- а послеоперационную химиотерапию;
- б профилактическую химиотерапию;
- в оценку эффективности предоперационной химиотерапии по степени лекарственного патоморфоза;
- г предоперационную химиотерапию.

К побочным реакциям химиотерапии относятся:

- а тошнота и рвота;
- б нефротоксичность
- в агранулоцитоз.

К осложнениям химиотерапии относятся:

- а диарея;
- б анорексия;
- в стоматит;
- г цистит;
- д правильны ответы 1, 3 и 4.

Основным осложнением при передозировке адриамицина является:

- а нарушение проводимости в миокарде;
- б почечная недостаточность;
- в алопеция.

Основным осложнением при химиотерапии препаратами платины является:

- а нефротоксичность;
- б геморрагический цистит;
- в ототоксичность.

Термин "симптоматическая терапия" означает:

- а терапию, направленную на устранение наиболее тяжелых проявлений заболевания, связанных со специфической терапией новообразований;
- б терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей;
- в терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов;
- г правильного ответа нет.

Наиболее частыми возбудителями инфекционных осложнений у онкологических больных в последние годы являются:

- а грамотрицательная флора;
- б грамположительная флора;
- в грибковая флора;
- г анаэробы;
- д правильны все ответы.

Для терапии кандидамикозной инфекции (*C.albicans*) эффективны:

- а амфотерицин В;
- б флуконазол;
- в интраконазол;
- г все перечисленные агенты.

Для лечения вирусной инфекции (*herpes Zoster*) используются:

- а цефалоспорины;
- б бисептол;
- в пенициллины;
- г препараты альфа-интерферона;
- д противовирусные препараты (зовиракс, ацикловир, валтрекс, фоскарнет).

В каком возрасте наиболее часто встречаются опухоли головного мозга?

- а до года.
- б от 2 до 10 лет.
- в старше 10 лет.

Преимущественная локализация опухолей мозга у детей — это:

- а поражение мозжечка;

- б поражение других структур, расположенных в задней черепной ямке, включая ствол мозга и IV желудочек;
- в седловидная область;
- г полушария большого мозга;
- д желудочки мозга, кроме IV.

К опухолям седловидной области относятся:

- а краниофарингеома;
- б глиомы зрительного пути;
- в опухоли гипоталамуса;
- г все ответы правильны.

По гистологическому строению, согласно современной классификации, принятой ВОЗ, выделяют:

- а глиальные опухоли;
- б нейрональные опухоли;
- в примитивные нейроэктодермальные опухоли;
- г опухоли эпифиза;
- д все ответы правильны.

Опухоли мозга у детей являются гетерогенными по клеточной популяции:

- а утверждение верно;
- б утверждение не верно.

Деление опухолей мозга у детей по гистологической структуре на доброкачественные и злокачественные является условным:

- а утверждение верно;
- б утверждение не верно.



Укажите признаки, характеризующие перерождение доброкачественной опухоли мозга в злокачественную (повышение степени злокачественности):

- а инфилтративный рост;
- б метастазирование;
- в нейротоксическое действие;
- г геморрагический синдром;
- д все ответы правильны;
- е правильны ответы 1 и 2.

Доброкачественным опухолям мозга более свойственны следующие признаки:

- а кистообразование;
- б инфилтративный рост;
- в васкуляризация опухоли и повышение проницаемости сосудов;
- г кровоизлияние в опухоль;
- д клиника острого менингита.

Злокачественным опухолям мозга более свойственны следующие признаки:

- а кистообразование;
- б инфилтративный рост;
- в васкуляризация опухоли и повышение проницаемости сосудов;
- г кровоизлияние в опухоль;
- д клиника острого менингита;
- е правильны ответы 2 и 3.

Наиболее часто встречающаяся форма злокачественных опухолей головного мозга у детей — это:

- а астроцитомы;

- б медуллобластома;
- в эпендимомма;
- г краниофарингиома.

Главной особенностью опухолей мозга у детей является:

- а длительный бессимптомный или малосимптомный период;
- б раннее развитие очаговой неврологической симптоматики;
- в частое и раннее нарушение психики.

Длительное бессимптомное течение опухолей головного мозга у детей объясняется следующими причинами:

- а костной декомпрессией — расхождением внутричерепных швов;
- б медленными темпами роста опухолей;
- в локализацией опухоли.

Последовательность расхождения швов следующая: а — затылочный; б — лобный; в — венечный; г — сагиттальный:

- а а, б, в, г;
- б г, в, б, а;
- в б, в, г,

При врожденной водянке головного мозга и внутричерепных травмах края швов:

- а ровные;
- б зубчатые.

При опухолях ЦНС края швов:

- а ровные;
- б зубчатые.

Прогрессирующая гидроцефалия характеризуется следующими признаками:

- а гидроцефалическим видом головы;
- б расширением поверхностных сосудов (венозная сеть) в височных областях и вокруг глаз;
- в гидроцефальным, дребезжащим звуком при перкуссии в области венечного шва;
- г усилением пальцевых вдавлений на краниограммах;
- д костными изменениями черепа;
- е все ответы правильны.

Ранними симптомами опухолей головного мозга у детей наиболее часто являются:

- а общемозговые симптомы;
- б очаговые неврологические симптомы;
- в 1 и 2.

Наиболее частыми и ранними общемозговыми симптомами опухолей мозга у детей являются:

- а головная боль;
- б рвота;
- в застойные диски зрительных нервов;
- г судороги;
- д головокружение;
- е вынужденное положение головы и туловища;

- ж изменения на краниограммах;
- з изменения цереброспинальной жидкости;
- и менингеальные симптомы;
- к правильны ответы 2, 3.

Для опухолей мозга у детей характерны:

- а дислокационные очаговые неврологические симптомы (симптомы на расстоянии);
- б рассеянные очаговые неврологические симптомы;
- в диссеминированные очаговые неврологические симптомы;
- г все ответы правильны.

Для медуллобластомы характерно метастазирование:

- а в другие области нервной системы;
- б системное метастазирование;
- в метастазирование в лимфатические узлы, легкие, кости.

Медуллобластома является высокочувствительной опухолью к:

- а лучевой терапии;
- б химиотерапии;
- в правильны ответы 1 и 2;
- г правильного ответа нет.

Медуллобластома локализуется в следующих отделах головного мозга:

- а задней черепной ямке;
- б турецком седле;
- в полушариях большого мозга.

Под тотальным удалением опухоли головного мозга понимают:

- а удаление опухоли в пределах видимых здоровых тканей;
- б удалено более 90 % опухоли, но имеются остатки ее.

Под частичным удалением опухоли головного мозга понимают:

- а удалено более 90 % опухоли, но имеются ее остатки;
- б удалено 51—90 % опухоли;
- в удалено 11—50 % опухоли.

Основными критериями прогноза при опухолях мозга у детей являются:

- а возраст больного;
- б радикальность удаленной опухоли;
- в стадия опухолевого процесса;
- г вид примененного лечения;
- д правильны ответы 1 и 2.

При лечении медуллобластомы на современном этапе наиболее эффективным является:

- а хирургическое лечение;
- б хирургическое лечение + лучевая терапия;
- в хирургическое лечение + химиотерапия;
- г хирургическое лечение + химиотерапия + лучевая терапия.

В раннем послеоперационном периоде лечения опухолей головного мозга наблюдаются следующие осложнения:

- а мозжечковые нарушения;
- б мутизм;
- в бульбарные и псевдобульбарные параличи;
- г гидроцефалия;
- д все ответы правильны.

Особенностями проведения химиотерапии при лечении медуллобластомы являются:

- а мероприятия, направленные на снижение внутричерепной гипертензии;
- б постепенная эскалация доз химиопрепаратов;
- в постоянное введение антиэметических средств.

Проведение лучевой терапии при медуллобластомах у детей до 3 лет ограничено:

- а недоразвитием мозга с дисфункцией нервной системы;
- б психическими расстройствами;
- в эндокринопатиями;
- г эпилептическим синдромом;
- д все ответы правильны.

Длительная безрецидивная выживаемость детей с медуллобластома-ми, леченных по современным лечебным программам, составляет:

- а 70%;
- б 60%;
- в 40-50%.

Преимущественным методом лечения астроцитомы является:

- а хирургический метод;
- б операция + химиотерапия;
- в операция + лучевая терапия;
- г операция + химиотерапия + лучевая терапия;
- д химиотерапия в сочетании или без лучевого лечения.

Выживаемость при хирургическом лечении астроцитом составляет:

- а 90%;
- б 70-80%;
- в 50%.

Для краниофарингиомы характерны следующие признаки:

- а отставание роста;
- б прогрессирующая слепота;
- в внутричерепная гипертензия;
- г все ответы правильны.

При каких стадиях опухолевого процесса околоушной слюнной железы отмечается поражение лицевого нерва?

- а I стадия.
- б II стадия.
- в III стадия.
- г IV стадия.
- д Правильны все ответы, кроме 1.

Ведущий симптом при раке носоглотки:

- а наличие опухоли;
- б расстройство носового дыхания;

в боль.

Рак щитовидной железы чаще встречается у:

- а девочек;
- б мальчиков;
- в нет четкого различия.

Рак щитовидной железы чаще встречается у детей в возрасте:

- а до 1 года;
- б 2-5 лет;
- в 7-10 лет;
- г 12-15 лет.

На возникновения рака щитовидной железы оказывают влияние следующие факторы:

- а повышенная активность тиреотропного гормона гипофиза;
- б пониженная функция щитовидной железы;
- в узловые формы зоба;
- г предшествующее облучение;
- д все перечисленное.

Какие из перечисленных заболеваний предшествуют развитию рака щитовидной железы?

- а Узловой зоб.
- б Диффузная гиперплазия тиреоидной паренхимы.
- в Узловатая гиперплазия.
- г Доброкачественные опухоли (аденома).
- д Все перечисленное.



Дефицит каких из перечисленных микроэлементов способствует развитию рака щитовидной железы?

- а Йода.
- б Меди.
- в Кобальта.
- г Всех перечисленных микроэлементов.
- д Правильного ответа нет.

Какие преимущественно гистологические формы рака щитовидной железы индуцированы малыми дозами ионизирующего облучения?

- а Папиллярный рак.
- б Фолликулярный рак.
- в Недифференцированные формы.
- г Все перечисленные.

Наиболее часто встречаются следующие формы рака щитовидной железы у детей:

- а папиллярный рак;
- б фолликулярный рак;
- в смешанная форма.

Какие гистологические формы рака щитовидной железы преобладают у детей и юношей?

- а Папиллярный рак.
- б Фолликулярный рак.
- в Медуллярный рак.
- г Анапластический рак.

Течение и прогноз рака щитовидной железы зависят от:

- а возраста ребенка;

- б гистологического вида опухоли;
- в пола пациента;
- г всего перечисленного.

Наиболее характерный симптом рака щитовидной железы:

- а боль;
- б затрудненное дыхание;
- в наличие пальпируемой опухоли;
- г общий опухолевый симптомокомплекс.

Наиболее частыми симптомами рака щитовидной железы у детей являются:

- а затрудненное дыхание;
- б охриплость голоса;
- в асимметрия шеи;
- г болевые ощущения;
- д повышение температуры тела.

При раке щитовидной железы у детей определяются эндокринные нарушения в виде:

- а снижения андрогенной функции коры надпочечников;
- б нарушения метаболизма кортикостероидов (глюкокортикоидов);
- в все ответы правильны;
- г нет правильного ответа.

Наиболее информативный метод диагностики рака щитовидной железы у детей:

- а УЗТ;
- б КТ;
- в аспирационная биопсия опухоли;
- г радиоизотопное исследование.

Повышение уровня кальцитонина является важным специфическим тестом при диагностике рака щитовидной железы:

- а папиллярного;
- б фолликулярного;
- в медуллярного;
- г анапластического;
- д все перечисленное.

Для медуллярного рака щитовидной железы характерно повышение уровня:

- а тироксина;
- б трийодтиронина;
- в кальцитонина;
- г все перечисленное;
- д правильного ответа нет.

Радиофармпрепаратами, которые, как правило, накапливает рак щитовидной железы, являются:

- а радиоактивный йод;
- б технеций;
- в селенметионин;
- г радиоактивный фосфор;
- д правильны ответы 1 и 2.

При сканировании щитовидной железы с радиоактивным йодом в зоне раковой опухоли наблюдается преимущественно участок в виде:

- а дефекта накопления;
- б повышенного накопления РФП;
- в отсутствия различия между патологической и нормальной тканью.

Метод радионуклидного исследования позволяет:

- а уточнить локализацию поражения;
- б установить наличие и распространенность метастазов;
- в выработать наиболее эффективный план терапии;
- г все перечисленное.

Наиболее частая локализация метастазов рака щитовидной железы:

- а легкие;
- б регионарные лимфатические узлы;
- в кости;
- г печень.

Причинами поздней диагностики рака щитовидной железы являются:

- а бессимптомное течение пролиферирующих форм рака;
- б недостаточная осведомленность педиатров о данном заболевании;
- в отсутствие у педиатров онкологической настороженности;
- г развитие рака на фоне доброкачественного зоба;
- д все перечисленное.

Ведущим методом лечения рака щитовидной железы является:

- а хирургический;
- б лекарственный;
- в лучевой.

Наиболее часто используемый метод лечения злокачественных опухолей щитовидной железы:

- а хирургический;
- б лучевая терапия + хирургический;
- в лучевая терапия + хирургический + химиотерапия.

Какой метод диагностики предпочтителен для суждения о степени радикальности хирургического вмешательства после тиреоидэктомии?

- а УЗИ.
- б Компьютерная томография.
- в Радионуклидные исследования.

В структуре опухолей у детей удельный вес ретинобластомы составляет:

- а 1%;
- б 3 %;
- в 5 %;
- г 7 %.

Основное число случаев заболеваемости ретинобластомой приходится на возрастную группу:

- а дети до 3 лет;
- б с 2 до 7 лет;
- в с 10 до 15 лет.

Ретинобластома является опухолью:

- а наследственной;
- б приобретенной;
- в врожденной;
- г правильны ответы 1 и 3.

Частота наследственных форм ретинобластомы составляет:

- а 60-70 %;
- б 5-10 %;
- в 40-50 %.

В пользу того, что ретинобластома — генетически обусловленная опухоль, свидетельствуют:

- а семейные случаи ретинобластомы, которые носят двусторонний характер, и наследование наблюдается у 50 % потомства независимо от пола;
- б спорадические случаи билатеральной ретинобластомы характеризуются наследованием в 50 % случаев;
- в при односторонней спорадической ретинобластоме наследование составляет от 8 до 25 % случаев;
- г отмечаются случаи ретинобластомы у родственников больного, хотя родители здоровы;
- д все перечисленное.

Двустороннее поражение глаз при ретинобластоме наблюдается:

- а в 5-10% случаев;
- б в 20-40% случаев;
- в в 50% случаев.

Морфологически ретинобластома является опухолью, происходящей из:

- а нейроэктодермы;
- б мезенхимальных предшественников;
- в стволовых клеток.

Ретинобластома происходит из:

- а волокон зрительного нерва;
- б стекловидного тела;
- в нервных элементов оптически деятельной части сетчатки;
- г мягких тканей орбит.

В клинических проявлениях ретинобластомы различают следующие виды макроскопического роста опухоли:

- а эндофитный;
- б экзофитный;
- в инфильтративный;
- г все ответы правильны.

В клиническом течении ретинобластомы возможны следующие проявления:

- а повышение внутриглазного давления;
- б гнойное отделяемое в конъюнктивальном мешке;
- в расширение зрачка;
- г все ответы правильны;
- д правильны ответ 1 и 3.

При распространении ретинобластомы в ЦНС отмечаются:

- а косоглазие;
- б тошнота, рвота;
- в изменение в цереброспинальной жидкости;

- г     правильны ответы 2 и 3;
- д     все ответы правильны.

Для какой стадии ретинобластомы характерен "симптом кошачьего глаза"?

- а     I.
- б     II.
- в     III.
- г     IV.

Для II стадии ретинобластомы характерны:

- а     воспалительные изменения;
- б     псевдовоспалительные изменения;
  
- в     широкий зрачок, прилегание опухоли к хрусталику;
- г     глаукома;
- д     все перечисленное.

При всех стадиях ретинобластомы может наблюдаться:

- а     экзофтальм;
- б     глаукома;
- в     отслойка сетчатки;
- г     страбизм.

Наиболее часто ретинобластома метастазирует в:

- а     регионарные лимфатические узлы;
  
- б     кости;
- в     костный мозг;
- г     все перечисленное.

Ретинобластома чаще всего метастазирует гематогенным путем в:



- а кости черепа;
- б легкие;
- в печень;
- г все ответы правильны;
- д правильны ответы 1 и 3.

К основным методам диагностики ретинобластомы относятся:

- а офтальмоскопия;
- б компьютерная томография;
- в спинномозговая пункция;
- г все ответы правильны;
- д правильны ответы 1 и 2.

Для постановки диагноза ретинобластомы и установления стадии болезни необходимы следующие методы исследования:

- а офтальмоскопический, рентгенологический;
- б УЗИ и компьютерная томография;
- в морфологический;
- г радионуклидный;
- д все перечисленные.

Изотопные методы диагностики позволяют:

- а диагностировать ретинобластому;
- б судить об активности процесса;
- в выявить метастазы;
- г правильны ответы 1 и 3;
- д все ответы правильны.

К преимущественным методам лечения ретинобластомы относится:

- а комплексный метод лечения;

- б проведение ПХТ;
- в проведение хирургического лечения.

При каких стадиях ретинобластомы возможно выполнение органосохраняющего лечения?

- а I.
- б II.
- в III.
- г IV.
- д Правильны ответы 1 и 2.

У больного диагностирована двусторонняя ретинобластом Правый глаз — III стадия, левый глаз — II стадия.Какая тактика терапии показана в данном случае?

- а Двусторонняя энуклеация.
- б Консервативное лечение обоих глаз.
- в Энуклеация правого глаза, консервативное лечение левого глаза.

К осложнениям лечения ретинобластом относятся:

- а лучевая катаракта;
- б конъюнктивит;
- в лучевое поражение слезных желез;
- г правильны ответы 1 и 3;
- д все ответы правильны.

Частота наблюдений в течение 1-го года после окончания лечения:

- а 1 раз в 3 месяца;
- б 1 раз в 6 месяцев;

в 1 раз в год.

Для поражения средостения при злокачественных лимфомах у детей характерны следующие рентгенологические признаки: 1) поражение всех групп внутригрудных лимфатических узлов; 2) наличие обызвествлений; 3) увеличение только бронхопульмональных лимфатических узлов; 4) затемнение ретростернального пространства; 5) увеличение только медиастинальных лимфатических узлов:

- а правильно все перечисленное;
- б правильно 1, 4 и 5;
- в правильно 1, 2 и 5;
- г правильно 2, 3 и 4.

Внутригрудной рак щитовидной железы локализуется:

- а только за грудиной;
- б в любом отделе средостения;
- в все ответы правильны.

Для опухолей вилочковой железы характерны:

- а локализация в заднем средостении;
- б локализация в переднем средостении;
- в изменения в скелете грудной клетки;
- г наличие обызвествлений;
- д все перечисленное.

Дифференциальный диагноз опухолей средостения необходимо проводить с:

- а новообразованиями легких и плевры;
- б аневризмой аорты и сердца;
- в релаксацией диафрагмы и новообразованиями грудной стенки;
- г все ответы правильны.

Преимущественная локализация нейrogenных опухолей в средостении:

- а заднее средостение;
- б переднее средостение;
- в корень легкого;
- г реберно-диафрагмальный синус;
- д вилочковая желез.

Рентгенологические признаки нейrogenной опухоли заднего средостения:

- а локализация в реберно-позвоночном углу;
- б расширение межреберных пространств на стороне опухоли;
- в истончение и узурация ребер в области опухоли;
- г все ответы правильны.

Для нейрогенных опухолей заднего средостения у детей наиболее характерны: 1) локализация в реберно-позвоночном углу; 2) наличие обызвествлений; 3) деструкция в прилегающих отделах скелета грудной клетки; 4) деформация ребер; 5) увеличение внутригрудных лимфатических узлов:

- а все ответы правильны;
- б правильно 1, 2 и 4;
- в правильно 3, 4 и 5;
- г правильно 1, 3 и 5.

Какой опухоли средостения свойственны атрофия ребер и расширение межреберных промежутков, выявленные рентгенографией?

- а Лимфогранулематозу.
- б Лимфосаркоме.
- в Нейробластоме.
- г Тимоме.

К нейрогенным опухолям средостения, исходящим из оболочек нервов, относятся:

- а ганглионеврома;
- б феохромоцитоме;
- в невриноме;
- г нейрофиброме;
- д правильны ответы 3 и 4.

Нейрогенные опухоли в абсолютном большинстве локализуются в:

- а реберно-позвоночном углу;
- б центральном средостении;

- в верхних отделах переднего средостения;
- г переднем средостении на уровне основания сердца.

Нейрогенные опухоли в процессе своего развития могут:

- а малигнизировать;
- б созреть, т. е. превращаться из злокачественной в доброкачественную;
- в распространяться из средостения на шею;
- г проникать в спинномозговой канал;
- д все ответы правильны.

Выявление петрификатов в опухоли средостения при рентгенологическом исследовании является патогномоничным для:

- а злокачественной лимфомы;
- б тимомы;
- в нейрогенной опухоли;
- г зрелой тератомы.

Рентгенологическим признаком распространения нейрогенной опухоли средостения в спинномозговой канал является:

- а интимное прилегание тела опухоли к телам позвонков;
- б истончение ребер;
- в узурация ребер;
- г расширение межреберных промежутков;
- д увеличение диаметра межпозвоночного отверстия.

Для нейрогенных опухолей заднего средостения у детей наиболее характерны:

- а локализация в реберно-позвоночном углу;
- б утолщение ребер;
- в деструкция ребер, деформация позвонков;
- г плеврит.

Дифференциальный диагноз нейрогенной опухоли средостения проводят с:

- а бронхогенной кистой;
- б тимомой;
- в лимфосаркомой средостения;
- г лимфогранулематозом с поражением внутригрудных лимфатических узлов;
- д со всеми перечисленными заболеваниями.

Зрелые тератомы средостения располагаются:

- а преимущественно в переднем средостении;
- б в заднем средостении;
- в одинаково в переднем и заднем.

Общим для строения зрелых тератом средостения является обязательное наличие в них элементов:

- а нервной ткани;
- б кожи;
- в энтодермы;
- г мезодермы;
- д все ответы правильные.

Тератобластомы (незрелые тератомы) средостения могут метастазировать в:

- а лимфатические узлы средостения;
- б плевру и легкие;
- в печень;
- г кости;
- д все ответы правильны.

Выявление костных включений в виде зубов или фаланг пальцев в опухоли средостения при рентгенологическом исследовании является патогномоничным симптомом для:

- а тимомы;
- б зрелой тератомы;
- в злокачественной лимфомы;
- г энтерокистомы.

Реакция на АФП может быть положительной при:

- а тимоме;
- б хемодектоне;
- в зрелой тератоме;
- г тератобластоме.

Для тератогенных опухолей средостения характерны следующие рентгенологические признаки:

- а локализация в реберно-позвоночном углу;
- б наличие обызвествлений в опухоли;
- в расположение в нижних и средних отделах переднего средостения;



- г все ответы правильны;
- д правильны ответы 2 и 3.

Трансторакальная пункционная биопсия противопоказана при:

- а подозрении на аневризму аорты;
- б подозрении на кисту переднего средостения;
- в тимоме;
- г лимфогранулематозе;
- д правильны ответы 1 и 2.

При хирургическом методе лечения метастазов в легкие могут быть выполнены:

- а клиновидная резекция;
- б сегментэктомия;
- в лобэктомия;
- г пульмонэктомия;
- д все ответы правильны.

При единичных солитарных метастазах могут применяться:

- а хирургический метод;
- б химиотерапия;
- в лучевая терапия;
- г все ответы правильны.

При выборе метода лечения при метастазах саркомы Юинга следует отдать предпочтение:

- а хирургическому методу;
- б химиотерапии;
- в лучевой терапии;
- г правильны ответы 2 и 3;
- д все ответы правильны.

При лечении метастазов остеогенной саркомы следует отдать предпочтение следующим методам:

- а хирургическому;
- б химиотерапии;
- в хирургическому методу + химиотерапии;
- г лучевой терапии.

Кроме хирургических методов, при лечении доброкачественных опухолей легких могут применяться:

- а лучевая терапия;
- б химиотерапия;
- в комбинированная терапия;
- г правильного ответа нет.

К методам морфологической верификации диагноза при опухолях плевры относятся:

- а цитологическое исследование плевральной жидкости;
- б аспирационная или пункционная биопсия;
- в торакоскопия с биопсией;
- г открытая биопсия;
- д все ответы правильны.

Цитологическое исследование плевральной жидкости при опухолевом поражении плевры позволяет установить диагноз у:

- а 10% больных;
- б 20-25% больных;
- в 50% больных.

Метастазы в легкие чаще наблюдаются при:

- а нефробластоме;
- б нейробластоме;
- в тератобластоме.

Метод тотального облучения легких при лечении множественных метастазов:

- а способствует улучшению результатов лечения;
- б не оказывает влияния на результаты лечения;
- в ухудшает результаты лечения.

К доброкачественным опухолям молочной железы относятся:

- а узловая фиброзно-кистозная мастопатия;
- б диффузная мастопатия;
- в фиброаденома.

Основным методом лечения доброкачественных опухолей является:

- а хирургический;
- б лучевой;
- в гормональный;
- г лекарственный.

На фоне листовидной фиброаденомы могут развиваться:

- а рак молочной железы;
- б фибросаркома;
- в внутрипротоковые папилломы.
- г все ответы правильны.

В молочной железе "болезнь Педжета" относится к:

- а доброкачественным дисплазиям;
- б раку кожи;

в внутрипротоковому раку.

В молочной железе может развиваться:

- а фибросаркома;
- б ангиосаркома;
- в лимфома;
- г все ответы правильны.

Рак молочной железы развивается из:

- а лимфатических узлов;
- б кровеносных сосудов;
- в гладкой или поперечнополосатой мускулатуры;
- г железистого эпителия протоков;
- д незрелой соединительной ткани.

В качестве факультативного предрака молочной железы наиболее опасны:

- а болезнь Минца;
- б узловая форма мастопатии;
- в цистаденома;
- г все перечисленное.

К диффузной форме рака молочной железы относится:

- а маститоподобный рак молочной железы;
- б Рак Педжета молочной железы;
- в рак добавочной доли молочной железы;
- г рак (in situ).

Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы:

- а узловую;

- б диффузную;
- в экземопоподобные изменения ареолы и соска;
- г все ответы правильны.

Рак молочной железы следует дифференцировать с:

- а узловой мастопатией;
- б гемобластозами;
- в маститом;
- г туберкулезом;
- д все ответы правильны.

Рак молочной железы может метастазировать в:

- а легкие;
- б кости;
- в печень;
- г головной мозг;
- д все ответы правильны.

Для рака молочной железы регионарными являются все перечисленные лимфатические узлы, кроме:

- а подмышечных;
- б подключичных;
- в парастернальных;
- г подчелюстных.

Рак молочной железы может метастазировать только:

- а гематогенно;
- б лимфогенно;
- в имплантационно;
- г гематогенно и лимфогенно;
- д всеми перечисленными путями.

Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом исследования является:

- а маммография;
- б пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата;
- в термография;
- г ультразвуковое исследование.

Наиболее информативным методом ранней диагностики рака молочной железы является:

- а пальпация;
- б маммография;
- в ультразвуковая томография;
- г верный ответ 2 и 3;
- д радионуклидная диагностика с <sup>32</sup>P.

Для ранней диагностики рака молочной железы наиболее информативна:

- а маммография или УЗИ;
- б флюорография;
- в пункционная биопсия;
- г секторальная резекция;
- д пальпация.

При раке молочной железы у мужчин встречаются все гистологические формы рака, известные у женщин:

- а правильно;
- б неправильно;
- в все формы, кроме рака Педжета.

Основным видом лечения  
внутрипротоковых папиллом  
является:

- а хирургический;
- б лучевой;
- в гормональный;
- г лекарственный.

У больной в верхненаружном  
квadrante молочной железы  
пальпируется опухоль размером 2х3  
см, подвижная, плотная, с четкими  
контурами, безболезненная. Кожные  
симптомы отрицательные. Выделений  
из соска нет. Подмышечные  
лимфатические узлы не увеличены.  
Появление опухоли отмечено месяц  
назад. Наиболее вероятный диагноз:

- а диффузная мастопатия;
- б рак молочной железы;
- в болезнь Минца;
- г фиброаденома;
- д узловая мастопатия.

В левой молочной железе  
пальпируется безболезненное  
опухолевидное образование 2х3 см.  
Положительный симптом  
"площадки", сосок деформирован,  
ареола отечн Выделений из соска нет.  
Регионарные лимфатические узлы не  
пальпируются. Наиболее вероятный  
диагноз:

- а фиброаденома;
- б узловая мастопатия;
- в липома;
- г рак молочной железы;

д болезнь Минца.

У мальчика 13 лет выявлено увеличение обеих молочных желез. Узловых образований не выявляется. Наиболее целесообразным в данном случае является:

- а обследование у уролога, эндокринолога, терапевта;
- б маммография;
- в пункция молочных желез с последующим цитологическим исследованием пунктата;
- г назначение гормонотерапии.

Показанием к эндокринной терапии при раке молочной железы является:

- а наличие рецепторов стероидных гормонов в опухоли;
- б первично распространенный рак молочной железы;
- в все стадии первичного рака молочной железы;
- г все ответы правильны;
- д правильны ответы 1 и 2.

При отечно-инфильтративной форме рака молочной железы наиболее целесообразным является:

- а только хирургическое лечение;
- б только лучевая терапия;
- в только химиотерапия;
- г комбинированное лечение;
- д комплексное лечение.



Среди доброкачественных опухолей печени у детей первое место занимает:

- а аденома;
- б тератома;
- в кавернозная гемангиома;
- г гамартома.

Метастатическое поражение печени происходит:

- а гематогенным путем по воротной вене;
- б лимфогенно ретроградно;
- в лимфогенно ортоградно;
- г гематогенно по нижней полой вене.

Метастатическое поражение печени чаще наблюдается при:

- а нефробластоме;
- б нейробластоме;
- в опухолях костей;
- г опухолях мягких тканей.

Метастатическое поражение печени в отличие от первичной опухоли характеризуется:

- а множественными очагами поражения;
- б единичным очагом;
- в солитарным очагом.

При вторичном поражении печени метастазы первичной опухоли в регионарных лимфатических узлах должны быть:

- а во всех случаях;
- б обнаруживаются редко;

в в преобладающем большинстве наблюдений.

Наиболее часто нейрогенные опухоли встречаются у детей в возрасте:

- а до 1 года;
- б 2—4 года;
- в 5—8 лет;
- г 9—15 лет.

Наиболее частая локализация нейробластомы у детей:

- а брюшинное пространство;
- б средостение;
- в область шеи;
- г малый таз.

Забрюшинной нейробластоме свойственны:

- а быстрый рост;
- б раннее метастазирование;
- в выход за пределы капсулы с прорастанием окружающих органов и тканей;
- г все перечисленное;
- д правильного ответа нет.

Нейробластома метастазирует в:

- а костный мозг, кости;
- б лимфатические узлы;
- в легкие;
- г печень;
- д все перечисленное.

Наиболее часто нейрогенные забрюшинные опухоли у детей пальпируются в:

- а верхних отделах живота;
- б полости малого таза;

- в нижних отделах живота;
- г подвздошных областях.

Наиболее частые признаки, наблюдающиеся при нейробластоме у детей:

- а гиперемия кожи, наличие а-фетопротеина в сыворотке крови, артериальная гипертония;
- б бледность кожи, артериальная гипертония, повышение экскреции катехоламинов и их метаболитов в моче;
- в бледность кожи, гематурия, увеличение показателей аминотрансфераз в сыворотке крови.

При пальпации забрюшинная нейrogenная опухоль:

- а неподвижная, бугристая, переходит среднюю линию живота;
- б подвижная, гладкая, пальпируется в нижних отделах живота;
- в умеренно подвижная, плотноэластическая, не переходит среднюю линию живота;
- г умеренно подвижная, мелкобугристая, эластической консистенции, пальпируется в эпигастральной области.

Признак, патогномоничный для нейробластомы у детей:

- а высокий уровень эмбрионального а-фетопротеина;
- б высокий уровень катехоламинов в моче;
- в высокий уровень глюкозы в крови;
- г "сосудистые звездочки" на коже;
- д макрогематурия.

Артериальная гипертония при нейробластоме у детей наблюдается:

- а во всех случаях;
- б в 30 % случаев;
- в в 50 % случаев;
- г в 70 % случаев.

Повышение экскреции катехоламинов и их метаболитов наблюдается при нейробластоме:

- а во всех случаях;
- б в 30 % случаев;
- в в 50 % случаев;
- г в 70 % случаев.

Каким опухолям у детей свойственно поражение по типу "песочных часов"?

- а Нефробластоме.
- б Нейробластоме.
- в Гепатобластоме.
- г Дисгерминоме яичника.

При какой опухоли детского возраста при рентгенологическом исследовании могут быть обнаружены кальцификаты в виде мелкоточечных хлопьев, расположенных в центральных отделах новообразования?

- а При нефробластоме.
- б При нейробластоме.
- в При рабдомиосаркоме.
- г При гепатобластоме.

Морфологическое подтверждение диагноза до операции при забрюшинной нейробластоме может быть получено:

- а путем пункции опухоли под контролем УЗИ;
- б при пункции опухоли под контролем компьютерной томографии;
- в при пункции или биопсии во время лапароскопии;
- г при пункции опухоли во время пальпации с применением мышечных релаксантов;
- д при всех перечисленных методах диагностики.

Для постановки диагноза и определения стадии болезни при нейробластоме забрюшинного пространства необходимы следующие исследования:

- а миелограммы; экскреции мочи на катехоламины;
- б УЗИ и компьютерная томография;
- в цинтиграфия скелета;

- г цитологическое исследование пунктата из опухоли или биопсия;
- д все перечисленное.

Наиболее часто дифференциальный диагноз при забрюшинных неорганных нейrogenных опухолях следует проводить с патологией:

- а почек;
- б надпочечников;
- в поражением забрюшинных лимфатических узлов;
- г со всем перечисленным.

У больных с I стадией нейробластомы (T1, N0, M0) в возрасте до 1 года применяются методы лечения:

- а только хирургический;
- б комбинированный;
- в комплексный;
- г используются все перечисленные методы терапии.

У больных со II стадией нейробластомы (T2, N0, M0) лечение начинают с:

- а хирургического удаления опухоли;
- б предоперационной химиотерапии;
- в предоперационной лучевой терапии;
- г предоперационной химиолучевой терапии.

Лучевое лечение при нейробластоме применяется:

- а до операции при больших размерах новообразования;
- б при наличии послеоперационной резидуальной опухоли, определяющейся микроскопически;
- в при наличии макроскопически определяющейся резидуальной опухоли;
- г только 2 и 3;
- д во всех перечисленных случаях.

У ребенка 2 лет стали возникать боли при дефекации, склонность к запору, дизурические явления. Постепенно появилось недержание кал. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется опухоль позади прямой кишки, плотная, неподвижная. Реакция определения а-фетопротейна резко положительная. Ваш диагноз?

- а Рабдомиосаркома мочевого пузыря.
- б Тератобластома.
- в Нейробластома малого таза.

Выберите метод лечения зрелых тератом:

- а хирургический;
- б операция + химиотерапия;
- в операция + лучевая терапия;
- г комплексное лечение.

Больному, у которого пальпируется опухоль в левой половине живота, произведена экскреторная урография. На урограммах наблюдается латеральное смещение нижнего полюса и мочеточник. На боковых снимках отмечено смещение почки и мочеточника кпереди. О какой опухоли следует думать прежде всего?

- а Опухоль почки.
- б Опухоль надпочечника.
- в Забрюшинная внепочечная опухоль из симпатических ганглиев.

У ребенка при пальпации живота определяется опухоль в нижненаружном квадранте слева. При внутривенных урограммах наблюдается расширение лоханки, чашечек левой почки и верхнего отдела мочеточника. О какой опухоли идет речь?

- а Левосторонняя нефробластома.
- б Забрюшинная нейрогенная опухоль.
- в Правильного ответа нет.

Отсутствие функции почки при экскреторной урографии ("немая почка") более характерно для:

- а нефробластомы;
- б нейрогенной забрюшинной опухоли;
- в забрюшинной тератомы;
- г всего перечисленного.



Для злокачественных нейрогенных опухолей характерно поражение следующих отделов скелета:

- а метафизов длинных трубчатых костей;
- б костей черепа;
- в ребер;
- г позвонков;
- д всего перечисленного.

Метастазы в легкие чаще наблюдаются при:

- а нефробластоме;
- б нейробластоме;
- в тератобластоме.

У больного живот увеличен, асимметричен за счет выбухания вправо и вперед. При пальпации определяется опухолевидное образование, неподвижное, мелкобугристое, переходящее через среднюю линию живота влево, плотной консистенции. Кожные покровы бледные; резко снижен аппетит. Часто наблюдается тошнота, бывает рвота без видимых причин. Для какой опухоли более характерны перечисленные симптомы?

- а Нефробластомы.
- б Нейробластомы.
- в Тератобластомы.

У ребенка 8 мес. диагностирована нейробластома забрюшинного пространства, I стадия заболевания (T1, N0, M0). На первом этапе лечения выполнено хирургическое вмешательство: радикальное удаление опухоли. После операции N-тест-антиген отрицательный. Выберите тактику послеоперационной терапии:

- а химиотерапия;
- б облучение ложа удаленной опухоли;
- в динамическое наблюдение за больным;
- г 1 и 2.

Наиболее часто встречающиеся опухоли яичников:

- а герминогенные;
- б рак;
- в опухоли стромы полового тяжа.

Среди опухолей яичников у детей до 15 лет преобладают:

- а опухоли стромы полового тяжа;
- б эпителиальные опухоли;
- в герминогенные опухоли.

Удельный вес герминогенных опухолей в структуре опухолей яичников составляет:

- а около 80%;
- б 50 %;
- в 20 %;
- г 10 %;
- д менее 5 %.

Среди герминогенных опухолей яичников у детей наиболее часто встречаются:

- а тератобластомы;
- б эмбриональный рак;
- в опухоли желточного мешка.

Какой опухоли яичников свойственны явления: псевдогермафродитизма, инфантилизма, пороков развития половых органов?

- а Дисгерминоме.
- б Тератобластоме.
- в Хориокарциноме.
- г Гонадобластоме.

Для каких видов злокачественных опухолей яичников имеет важное диагностическое значение определение уровня АФП?

- а Тератобластомы.
- б Хориокарциномы.
- в Дисгерминомы.
- г Гонадобластомы.

Определение уровня хорионического гонадотропина имеет важное диагностическое значение для диагностики опухолей яичника:

- а тератобластомы;
- б дисгерминомы;
- в андробластомы;
- г гонадобластомы;
- д хориодкарциномы.

Необходимый метод диагностики при подозрении на злокачественную опухоль яичников;

- а определение уровня АФП;
- б реакция на раковый эмбриональный антиген;
- в определение титра хорионического гонадотропина.

При лечении доброкачественных опухолей яичников целесообразнее использовать методы лечения:

- а хирургический;
- б операцию + химиотерапию;
- в химиотерапию;
- г операцию 4- облучение.

Объем оперативного вмешательства при злокачественной опухоли яичника:

- а клиновидная резекция опухоли;
- б экстирпация матки с придатками;
- в удаление опухоли с резекцией большого сальника.

У ребенка установлен диагноз тератобластомы яичник Ваша лечебная тактика:

- а только операция;
- б операция + химиотерапия;
- в только химиотерапия.

Больной 16 лет по поводу перекрута ножки опухоли правого яичника произведено удаление правых придатков матки. Гистологически — чистая дисгермином Дальнейшая тактика предусматривает:

- а релапаротомию с удалением матки и левых придатков;
- б облучение + химиотерапию;
- в химиотерапию;
- г наблюдение;
- д правильны ответы 1 и 2.

Больной 15 лет в экстренном порядке произведено удаление левых придатков по поводу перекрута ножки опухоли; диаметр опухоли 5 см. Гистологически — дисгерминома с участками тератобластомы. В дальнейшем следует выполнить:

- а релапаротомию с удалением матки и правых придатков;
- б облучение + химиотерапию;
- в химиотерапию;
- г наблюдение.

Наиболее радиорезистентная опухоль яичников:

- а дисгерминома;
- б рак яичника;
- в тератобластома.

Злокачественные опухоли влагалища чаще всего встречаются в возрасте:

- а до 5 лет;
- б от 6 до 30 лет;
- в от 30 до 50 лет;

- г старше 50 лет;
- д правильны ответы 1 и 4.

В возрасте до 5 лет среди злокачественных опухолей влагалища чаще встречаются:

- а плоскоклеточный рак;
- б светлоклеточная аденокарцинома;
- в ботриоидная рабдомиосаркома;
- г низкодифференцированный рак.

В старших возрастных группах среди злокачественных опухолей влагалища чаще всего встречаются:

- а светлоклеточный рак;
- б ботриоидная рабдомиосаркома;
- в плоскоклеточный рак;
- г низкодифференцированный рак;
- д правильны ответы 3 и 4.

Решающим в диагностике опухолей вульвы является:

- а гинекологический осмотр;
- б цитологическое исследование;
- в гистологическое исследование;
- г радиоизотопное;
- д термография.

При лечении доброкачественных опухолей вульвы целесообразнее использовать:

- а хирургический метод;
- б лучевой метод;
- в криодеструкцию;
- г правильны ответы 1 и 3.

Оптимальная тактика при рабдомиосаркоме влагалища:

- а химиотерапия + операция;
- б операция + гамма-терапия;
- в химиотерапия + гамма-терапия;
- г химиотерапия + операция + внутрисполостное облучение.

Объем оперативного вмешательства при рабдомиосаркоме влагалища:

- а иссечение опухоли;
- б экстирпация матки с придатками;
- в биопсия опухоли + химиотерапия.

При злокачественных опухолях шейки матки у детей объем оперативного вмешательства должен включать:

- а экстирпацию матки с трубами и верхней частью влагалища;
- б конизацию шейки матки;
- в пангистерэктомию.

Каким опухолям яичников свойственны явления гирсутизма?

- а Тератобластоме.  
Дисгерминоме.
- б Опухолям стромы полового тяжа.
- в Поражению яичника при злокачественной лимфоме.

Частота нефробластом среди других злокачественных солидных опухолей детского возраста составляет:

- а до 10 %;
- б 20-30 %;

- в 30-50 %;
- г свыше 50 %.

Метод лечения локализованной формы рабдомиосаркомы мочевого пузыря у детей:

- а химиотерапия + гамма-терапия + операция;
- б химиотерапия + операция;
- в операция + гамма-терапия.

Нефробластома наиболее часто встречается в возрасте:

- а до 1 года;
- б от 2 до 5 лет;
- в от 6 до 9 лет;
- г 10—15 лет;
- д старше 15 лет.

Нефробластома может сочетаться с различными пороками развития:

- а часто;
- б крайне редко;
- в не сочетается.

Какие из перечисленных пороков мочеполовой системы являются предрасполагающими для нефробластомы?

- а Поликистоз.
- б Гипоспадия.
- в Подковообразная почка.
- г Аномалии развития лоханок.
- д Все перечисленное.

Значение морфологического варианта нефробластомы:

- а определяет выбор лечебной тактики;



- б влияет на прогноз заболевания;
- в не определяет выбор лечебной тактики;
- г правильны ответы 1 и 2;
- д нет правильного ответа.

Как часто встречается метастазирование при нефробластоме?

- а Часто.
- б Редко.
- в Не встречается.

При нефробластоме метастазирование наиболее часто наблюдается в:

- а легких;
- б печени;
- в лимфатических узлах;
- г костях;
- д все ответы правильны.

Для нефробластомы характерны следующие варианты метастазирования в легкие:

- а единичный метастаз;
- б множественные метастазы;
- в появление единичных метастазов с дальнейшим постепенным увеличением их размеров и числа.

Причинами запущенности при нефробластоме являются:

- а ранний возраст ребенка;
- б отсутствие онкологической настороженности у педиатров;
- в недооценка клинических проявлений заболевания;
- г правильны ответы 2 и 3;

д      правильны ответы 1 и 3.

Клиническими признаками нефробластомы являются:

- а      бледность кожных покровов+анемия;
- б      наличие пальпируемой опухоли в животе;
- в      вялость, выраженная слабость;
- г      отсутствие аппетита;
- д      все ответы правильны.

Наибольшую диагностическую ценность при обследовании ребенка с подозрением на феохромоцитому имеют следующие исследования:

- а      пальпация органов живота с миорелаксантами;
- б      УЗИ и компьютерная томография;
- в      ангиография;
- г      исследование мочи на катехоламины;
- д      суточное измерение АД;
- е      правильны ответы 4 и 5.

Наиболее частыми причинами артериальной гипертензии у детей являются:

- а      патология почек (острый и хронический нефрит, сужение почечных артерий, гидронефроз, поликистоз);
- б      патология сердечно-сосудистой системы (коарктация аорты, аортальная недостаточность);
- в      эссенциальная гипертония;
- г      опухоли коры надпочечников;
- д      адреногенитальный синдром;

е феохромоцитомы.

Рекомендуемый оптимальный план лечения больного с феохромоцитомой:

- а радикальное хирургическое удаление опухоли;
- б 1 + лучевое лечение;
- в 1 + химиотерапия;
- г комплексное лечение.

Для какой опухоли детского возраста характерны перечисленные симптомы: грубый голос, увеличение наружных половых органов, усиленный рост волос на лице и туловище по мужскому типу, ожирение, артериальная гипертония?

- а Нейробластомы.
- б Феохромоцитомы.
- в Рака коры надпочечника.
- г Дисгерминомы.

Наиболее часто встречающиеся морфологические формы злокачественных опухолей мочевого пузыря у детей:

- а рак мочевого пузыря;
- б рабдомиосаркома мочевого пузыря;
- в папилломатоз.

Наиболее часто встречающаяся локализация злокачественных опухолей мочевого пузыря:

- а дно;
- б тело;
- в треугольник;

г устье мочеточников.

Ранние клинические проявления злокачественной опухоли мочевого пузыря у детей:

- а острая задержка мочи;
- б изменения в моче (лейкоциты, эритроциты);
- в боль в животе;
- г пальпируемая опухоль.

Удельный вес опухолей яичка по отношению ко всем новообразованиям детского возраста составляет:

- а не более 1 %;
- б до 3 %;
- в до 5 %;
- г до 10 %.

Опухоли яичка чаще встречаются у детей в возрасте:

- а до 1 года;
- б до 3 лет;
- в до 7 лет;
- г до 10 лет.

Среди врожденных аномалий яичка предрасполагающими для возникновения опухоли являются:

- а гипоплазия яичка;
- б атрофия яичка;
- в крипторхизм;
- г эктопия яичка;
- д все перечисленное.

Среди злокачественных опухолей яичка чаще встречается:

- а эмбриональная карцинома;

- б рабдомиосаркома;
- в семинома;
- г лейомиосаркома;
- д злокачественная опухоль гонадной стромы.

Определение уровня АФП имеет диагностическое значение при следующих разновидностях опухолей яичек у детей:

- а тератобластоме (опухоль желточного мешка);
- б семиноме;
- в эмбриональной рабдомиосаркоме;
- г всех перечисленных.

Рекомендуемый объем оперативного вмешательства у ребенка с тератобластомой яичка:

- а резекция яичка;
- б удаление пораженного яичка;
- в орхофуникулэктомия с высокой перевязкой семенного канатика;
- г 3 + лимфаденэктомия.

У ребенка в возрасте до 1 года диагностирована тератобластома яичка. Метастазы не выявлены.

Рекомендуется лечение:

- а орхофуникулэктомия с высокой перевязкой семенного канатика;
- б 1 + послеоперационная химиотерапия;
- в 1 + послеоперационная лучевая терапия;
- г комплексное лечение.

К меланомонеопасным невусам относятся:

- а голубой невус;
- б внутридермальный невус;
- в пограничный пигментный невус;
  
- г гигантский пигментный невус.

Меланома кожи относится к опухолям:

- а нейроэктодермальной природы;
- б эктодермальной природы;
- в мезенхимальной природы;
- г дисэмбриональной природы.

Ведущим методом диагностики меланомы кожи является:

- а радиофосфорная проба;
- б лучевая мел анурия;
- в термография;
- г морфологический метод.

Клинически заподозрить наличие меланомы кожи можно по следующим признакам:

- а гиперпигментация;
- б асимметрии невоидного образования;
- в бурный темп роста опухоли;
- г выпадение волос при волосатом невусе;
- д все ответы правильны.

Наличие дочерних пигментных включений на коже вокруг меланомы указывает на:

- а местную распространенность процесса;
- б наличие дополнительных новообразований;
- в рецидив меланомы;
- г диссеминацию процесса.

Субъективные жалобы при меланоме кожи у детей включают:

- а боль и зуд в области появившегося новообразования;
- б наличие опухоли кожи черного цвета, возвышающейся над поверхностью кожи;
- в покраснение, боль и припухлость на коже, повышение температуры тела;
- г опухолевое образование плоское, красного цвета, кровоточащее, при травмировании не растет.

Объективные данные осмотра при меланоме кожи у детей:

- а наличие плотноватого опухолевидного образования под кожей,
- б кожа не изменена;
- в наличие эластичной опухоли ярко-красного цвета, бледнеющей при надавливании, с бородавчатыми элементами, оволосением;
- г плоское пятно коричневого цвета с бородавчатыми элементами, оволосением;
- д наличие образования черного цвета, плотного, с глянцевой поверхностью или темно-коричневого цвета узлоподобного образования, возвышающегося над поверхностью кожи с участками изъязвления.

При меланоме кожи у детей  
выявляются следующие изменения:

- а анемия, увеличение СОЭ,  
лейкоцитоз;
- б положительная реакция на а-  
фетопротеин;
- в повышение экскреции  
катехоламинов с мочой;
- г повышение трансаминаз;
- д правильного ответа нет.

Ведущим методом лечения меланомы  
кожи является:

- а хирургический;
- б лучевая терапия;
- в комбинированный;
- г электрокоагуляция.

Хирургический метод лечения  
меланомы кожи у детей включает:

- а частичное иссечение опухолевой  
ткани с гистологическим  
исследованием;
- б глубокое иссечение кожи с  
опухолью с захватом подкожной  
клетчатки до фасции;
- в иссечение опухоли с регионарными  
лимфатическими узлами.

Наихудшей в плане прогноза можно  
считать локализацию меланомы на:

- а коже туловища;
- б голове;
- в верхних конечностях;



- Г туловище;
- Д нижних конечностях.

Для доброкачественных опухолей костей у детей характерны следующие рентгенологические признаки: 1) выраженный мягкотканый компонент; 2) мелкоочаговая деструкция; 3) периостальная реакция в виде "спикул"; 4) наличие "козырька Кодмана"; 5) вздутие надкостницы; 6) четкие контуры участка деструкции; 7) истончение коркового слоя:

- а все ответы правильны;
- б правильны три последних признака;
- в правильны четыре первых признака;
- г правильны признаки 2, 4, 6, 7.

Остеогенная саркома наиболее часто встречается в возрасте:

- а до 2 лет;
- б от 2 до 10 лет;
- в старше 10 лет.

Наиболее характерными клиническими проявлениями остеогенной саркомы у детей являются:

- а боль при ходьбе;
- б "ночные боли";
- в повышение температуры тела.

Основные клинические симптомы остеогенной саркомы проявляются в следующей последовательности: 1) нарушение функции конечности; 2) припухлость; 3) боль; 4) повышение температуры тела; 5) расширенная венозная сеть над опухолью.

- а 1, 2, 3, 4, 5;
- б 3, 2, 1, 4, 5;
- в 2, 3, 1, 4, 5.

Остеогенной саркомой поражаются чаще всего:

- а длинные трубчатые кости;
- б плоские кости;
- в кости черепа;
- г кости таза.

Преимущественная локализация остеогенной саркомы:

- а дистальный отдел бедренной кости;
- б проксимальный отдел бедренной кости;
- в дистальный отдел плечевой кости.

Остеогенная саркома метастазирует в:

- а паховые лимфатические узлы;
- б плоские кости;
- в легкие;
- г кости.

Наиболее характерными рентгенологическими признаками при остеогенной саркоме являются:

- а слоистый периостит;

- б "козырек Кодмена";
- в спикулы;
- г правильны ответы 1 и 2;
- д все ответы правильны.

Остеогенную саркому следует дифференцировать с:

- а саркомой Юинга;
- б острым гематогенным остеомиелитом;
- в артритом;
- г посттравматическими изменениями;
- д со всеми перечисленными.

Среди сарком мягких тканей чаще встречается:

- а ангиосаркома;
- б синовиальная саркома;
- в рабдомиосаркома.

Среди морфологических вариантов рабдомиосаркомы преобладает:

- а эмбриональный;
- б альвеолярный;
- в плеоморфный;
- г юингоподобный;
- д недифференцированный.

Чаще всего рабдомиосаркомы локализуются в области:

- а головы и шеи;
- б конечностей;
- в туловища;
- г мочеполовой системы.

Прогностически благоприятной локализацией рабдомиосаркомы из перечисленных являются: 1)орбита; 2)паратестикулярная зона; 3)влагалище; 4)конечности; 5)мочевой пузырь.

- а все перечисленные;
- б только 1, 2, 3;
- в только 1 и 2;
- г только 1.

Прогностически неблагоприятной локализацией рабдомиосаркомы из перечисленных являются: 1)конечности; 2)туловище; 3)брюшная и грудная полости; 4)поверхностные области головы и шеи.

- а только два первых;
- б только 1;
- в только 1, 2, 3;
- г все перечисленные.

Рабдомиосаркома встречается чаще у детей в возрасте:

- а до 5 лет;
- б от 5 до 10 лет;
- в от 10 до 15 лет.

Синовиальная саркома и фибросаркомы встречаются чаще у детей в возрасте:

- а до 5 лет;
- б от 5 до 10 лет;
- в от 5 до 14 лет.

К группе параменингеальных относят опухоли, локализирующиеся в следующих областях:

- а полость носа и околоносовые пазухи, крылонебная ямка;
- б среднее ухо и височная область;
- в носоглотка;
- г орбита;
- д все перечисленные.

К группе непараменингеальных относят опухоли, локализирующиеся в следующих областях:

- а околоушно-жевательная;
- б ротоглотка;
- в мягкие ткани лица, шеи, волосистой части головы;
- г гортань и язык;
- д все перечисленные.

Начальными проявлениями рабдомиосаркомы среднего уха являются:

- а боли в ухе;
- б обтурация слухового прохода со снижением слуха;
- в припухлость в заушной области;
- г все перечисленное.

Для рабдомиосаркомы носоглотки ранними симптомами являются:  
1)"гнусавость" голоса; 2)боли;  
3)нарушение носового дыхания; 4) отделяемое из носа.

- а все перечисленное;
- б только 1;
- в только 3 и 4;
- г только 3;

д только 4.

Рабдомиосаркома мочевого пузыря чаще локализуется в области:

- а дна пузыря;
- б задних стенок;
- в боковых стенок;
- г треугольника Литтла.

Ранними симптомами для рабдомиосаркомы мочевого пузыря являются:

- а гематурия;
  - б пиурия;
  - в дизурические явления;
  - г болезненность при мочеиспускании;
- д острая задержка мочи.

Наиболее часто встречающимися злокачественными опухолями печени у детей являются:

- а гепатобластома и гепатоцеллюлярная карцинома;
- б первичный рак печени и метастазы в печень опухолей других локализаций.

Гепатобластома у детей обычно:

- а в основном встречается у детей до 5-ти лет, представлена одним опухолевым очагом, чаще в правой доле печени;
- б в основном встречается у детей старше 10-ти лет, представлена множественными опухолевыми узлами в печени, ассоциирована с гепатитом В;

в встречается во всех возрастных группах, представлена массивной опухолью с диффузным ростом, занимающей печень тотально и прорастающей капсулу.

Гепатоцеллюлярная карцинома у детей обычно:

а в основном встречается у детей до 5-ти лет, представлена одним опухолевым очагом, чаще в правой доле печени;

б в основном встречается у детей старше 10-ти лет, представлена множественными опухолевыми узлами в печени, ассоциирована с гепатитом В;

в встречается во всех возрастных группах, представлена массивной опухолью с диффузным ростом, занимающей печень тотально и прорастающей капсулу.

Клинические проявления опухолей печени у детей:

а Боль, желудочные кровотечения, желтуха;

б Бледность, головокружения, эпилептические припадки;

в Увеличение живота в объеме, анорексия, тошнота, рвота.

Патогномоничным маркером опухолей печени является:

а АФП;

б Бета-ХГЧ;

в СА-121.

В сомнительных случаях  
хронического миелолейкоза  
необходимо дополнительно  
исследовать:

- а щелочную фосфатазу нейтрофилов;
- б лактатдегидрогеназу;
- в мочевую кислоту;
- г миелопероксидазу,
- д пируваткиназу.

Из перечисленных цитостатиков  
наиболее удобным в управлении за  
опухолевой массой в развернутой  
стадии ХМЛ является:

- а цитозин-арабинозид;
- б гидроксимочевина;
- в миелобромол;
- г 6-меркаптопурин;
- д вепезид.

Наиболее эффективно в хронической  
стадии ХМЛ назначить:

- а монотерапию интерфероном-альфа;
- б монотерапию преднизолоном;
- в сеансы лейкоцитозфереза;
- г облучение селезенки;
- д иматиниб.

Наиболее характерным клинико-  
гематологическим проявлением  
терминальной стадии ХМЛ является  
все перечисленное, кроме:

- а возникновения лейкемидов на коже;



- б увеличение% миелоцитов и промиелоцитов;
- в панцитопении разной степени выраженности;
- г рефрактерности к терапии гидроксимочевинной;
- д лихорадки.

Среди цитогенетических особенностей терминальной стадии ХМЛ наиболее часто встречается:

- а анеуплоидия с преобладанием гипердиплоидных клонов;
- б анеуплоидия с преобладанием гиподиплоидности;
- в и то, и другое;
- г ни то, ни другое;
- д транслокация 5,17.

При лимфосаркоме кожи оптимальным является:

- а жесткая полихимиотерапия;
- б мягкая (сдерживающая) полихимиотерапия;
- в монотерапия преднизолоном;
- г близкофокусное рентгеновское облучение;
- д облучение электронным пучком в дозе 40 Гр. на очаг.

Решающим исследованием для подтверждения диагноза лимфомы Ходжкина является:

- а лабораторные методы (гемограмма, биохимические исследования);
- б цитология и гистология лимфоузла;
- в радиосцинтиграфия;

- г лимфография;
- д компьютерная и МР-томография.

При лимфоме Ходжкина применяют лучевое воздействие:

- а на все лимфоузлы, в том числе и на неизмененные макроскопически;
- б только на увеличенные лимфоузлы;
- в только на зоны биопсии лимфоузлов;
- г только на средостение;
- д только на печень и селезенку.

Количество необходимых курсов полихимиотерапии при лимфоме Ходжкина определяется:

- а стадией распространенности процесса;
- б возрастом и полом больного;
- в уровнем лейкоцитов крови;
- г уровнем лимфоцитов крови,
- д гистологическим вариантом.

Острая сердечная недостаточность как следствие цитостатической кардиомиопатии может развиваться в результате:

- а присоединившегося миокардита,
- б сепсиса,
- в пневмонии,
- г острой почечной недостаточности,
- д гепатаргии.

Наиболее часто при лечении цитостатиками наблюдаются следующие нарушения ритма:

- а синусовая брадикардия,
- б синусовая тахикардия,
- в атрио-вентрикулярная блокада,
- г желудочковая экстрасистолия,
- д предсердная экстрасистолия.

Основным цитологическим признаком лейкозного бласта является: 1. неправильная форма клетки, 2. большое количество нуклеол неодинакового размера, 3. многоядерность, 4. нежно-сетчатая структура ядра, 5. зернистость цитоплазмы:

- а 1, 2, 3
- б 1, 3
- в 2, 4
- г 4
- д 1, 2, 3, 4 и 5

Профилактика нейролейкемии проводится при: 1. остром лейкозе 2. лимфогранулематозе 3. лимфосаркоме 4. гистиоцитозе Х 5. хроническом миелолейкозе.

- а 1, 2, 3
- б 1, 3
- в 2, 4
- г 4
- д 1, 2, 3, 4 и 5

При хроническом миелолейкозе в развернутой стадии характерными изменениями в анализе периферической крови являются: 1. увеличение числа лейкоцитов 2. сдвиг влево до метамиелоцитов 3. базофильно-эозинофильная ассоциация 4. появление клеток типа плазмобластов 5. увеличение числа лимфоцитов.

- а 1, 2, 3
- б 1, 3
- в 2, 4
- г 4
- д 1, 2, 3, 4 и 5

Тактика трансфузионной терапии в лечении острых лейкозов сводится к: 1. трансфузии цельной крови для профилактики инфекционных осложнений и анемической комы; 2. трансфузии эритромаcсы при глубокой анемии; 3. переливанию лейкоцитарной массы для профилактики инфекционных осложнений; 4. трансфузии компонентов крови, что позволяет проводить интенсивную химиотерапию острых лейкозов в условиях стерильного бокса в полном объеме; 5. переливание коллоидных растворов.

- а 1, 2, 3
- б 1, 3,
- в 2, 4
- г 4
- д 1, 2, 3, 4 и 5

Наиболее характерной локализацией экстрамедуллярных поражений при остром лимфобластном лейкозе у детей является: 1. центральная нервная система 2. поджелудочная железа и почки 3. Яички 4. Кожа 5. Надпочечники.

- а 1, 2, 3
- б 1, 3,
- в 2, 4,
- г 4
- д 1, 2, 3, 4 и 5

При первом рецидиве острого лимфобластного лейкоза необходимо назначить: 1. курс ПХТ на котором была достигнута первая ремиссия, 2. малые дозы цитозара, 3. интенсивную "жесткую" терапию, 4. симптоматические средства, 5. монотерапию вепезидом.

- а 1, 2, 3
- б 1, 3
- в 2, 4
- г 4
- д 1, 2, 3, 4 и 5

Трансплантацию костного мозга при острых лейкозах предпочтительнее проводить: 1. в фазе индукции ремиссии острых миелоидных лейкозов, 2. в ремиссии после первого рецидива острого лимфобластного лейкоза, 3. сразу после установления диагноза, 4. в первой и второй ремиссии острого миелоидного лейкоза, 5. в фазе консолидации.

- а 1, 2, 3
- б 1, 3,
- в 2, 4,
- г 4
- д 1, 2, 3, 4 и 5.

Наиболее важными прогностическими критериями для благоприятного ответа на терапию острых миелобластных лейкозов являются: 1. исходный уровень лейкоцитов менее 50 тыс/мкл. 2. вариант М3 (острый промиелоцитарный лейкоз) в возрасте до 60 лет 3. высокий индекс метки, наличие в бластах палочек Ауэра 4. хромосомные аномалии: t(8;21); 16q22; t(15;17) 5. вариант М3 (острый промиелоцитарный лейкоз) в возрасте до 12 лет:

- а 1, 2, 3
- б 1, 3
- в 2, 4
- г 4
- д 1, 2, 3, 4 и 5.

Цитохимически острый  
промиелоцитарный лейкоз  
характеризуется: 1. ПАС-позитивный  
материал (++) в диффузном виде 2.  
миелопероксидаза (+++) 3. судан  
черный Б(+++) 4. альфа-нафтил-АБ-О-  
хлорацетатэстераза (—) 5.  
пируваткиназа (+++):

- а 1, 2, 3,
- б 1, 3,
- в 2, 4,
- г 4.

К факторам риска при остром  
лимфобластном лейкозе у детей  
относятся: 1. Гиперлейкоцитоз 2.  
увеличенная печень и селезенка 3.  
бластоз в крови на 36-й день терапии  
4. транслокация (9;22) 5.  
реаранжировка генов bcr/abl в геноме  
бластных клеток.

- а 1, 2, 3,
- б 1, 3,
- в 2, 4,
- г 4
- д 1, 2, 3, 4 и 5.

Последовательность терапии острых  
лейкозов выглядит следующим  
образом: 1. индукция ремиссии 2.  
консолидация достигнутой ремиссии  
3. реиндукционные курсы 4.  
непрерывная поддерживающая  
терапия 5. трансплантация костного  
мозга после установления диагноза:

- а 1, 2, 3

- б 1, 3,
- в 2, 4,
- г 4
- д 1, 2, 3, 4 и 5.

Аллогенная трансплантация костного мозга больным острым лимфобластным лейкозом показана при: 1. Rh-позитивном варианте 2. Наличии транслокации (4;11)3. Рефрактерном течении 4. Нейролейкозе 5. Гиперлейкоцитозе.

- а 1, 2, 3,
- б 1, 3,
- в 2, 4,
- г 4
- д 1, 2, 3, 4 и 5.

Проводить профилактику нейролейкемии необходимо при: 1. острым лимфобластным лейкозе; 2. острым промиелоцитарном лейкозе 3. острым миеломонобластным лейкозе; 4. острым плазмобластным лейкозе; 5. острым миелобластным лейкозе (M1 и M2):

- а 1, 2, 3,
- б 1, 3,
- в 2, 4,
- г 4
- д 1, 2, 3 и 5.



Наиболее характерным для Rh-негативного варианта хронического миелолейкоза считается: 1. большая частота встречаемости у детей, 2. меньшая продолжительность жизни, 3. неблагоприятное течение, 4. нередко тенденция к тромбозу, 5. большая степень увеличения селезенки.

- а 1, 2, 3,
- б 1, 3,
- в 2, 4,
- г 4
- д 1, 2, 3, 4 и 5.

Для идентификации варианта острого лейкоза используют: 1. цитохимический метод, 2. иммунофенотипирование, 3. цитогенетический метод, 4. иммуногистохимию, 5. компьютерную томографию.

- а 1, 2, 3,
- б 1, 3,
- в 2, 4,
- г 4
- д 1, 2, 3, 4 и 5.

Парапротеинемические гемобластозы: 1. происходят из В-лимфоцитов, 2. происходят из Т-лимфоцитов, 3. секретируют моноклональный иммуноглобулин, 4. сопровождаются высокой эозинофилией, 5. секретируют поликлональный иммуноглобулин.

- а 1, 2, 3,
- б 1, 3,
- в 2, 4,
- г 4
- д 1, 2, 3, 4 и 5.

При лечении осложнений  
цитостатической терапии  
используется: 1. Иммуноглобулин 2.  
Граноцит 3. антибиотики 4.  
Преднизолон 5. плазмаферез:

- а 1, 2, 3,
- б 1, 3,
- в 2, 4,
- г 4
- д 1, 2, 3, 4 и 5.

При остром лейкозе наиболее  
характерным показателем  
периферической крови является:

- а анемия, тромбоцитопения,  
лейкоцитоз с присутствием  
бластных форм;
- б умеренная анемия, тромбоцитоз,  
гиперлейкоцитоз с левым сдвигом в  
лейкограмме до миелоцитов;
- в умеренная анемия и  
тромбоцитопения, лейкоцитоз с  
лимфоцитозом;
- г эритроцитоз, тромбоцитоз,  
небольшой лейкоцитоз с  
нейтрофилезом;
- д нормальное кол-во эритроцитов и  
тромбоцитов, небольшая  
лейкопения без сдвигов в  
лейкограмме.

Для хронической фазы хронического миелолейкоза наиболее характерны:

- а лейкопения с гранулоцитопенией;
- б небольшой лейкоцитоз, нейтрофилез с левым сдвигом до палочкоядерных форм;
- в гиперлейкоцитоз, нейтрофилез с левым сдвигом до миелоцитов, промиелоцитов, миелобластов;
- г лейкоцитоз с лимфоцитозом;
- д анемия, эритробластоз, ретикулоцитоз.

Характерные изменения миелограммы при остром лейкозе:

- а бластоз;
- б увеличение количества мегакариоцитов;
- в миелофиброз;
- г аплазия;
- д все перечисленное.

Для острого миелобластного лейкоза наиболее характерным цитохимическим показателем является:

- а миелопероксидаза;
- б гликоген;
- в щелочная фосфатаза;
- г неспецифическая эстераза;
- д нет достоверного теста.

Под определением «клонное» происхождение лейкозов понимают:

- а приобретение клетками новых свойств;

- б анаплазия лейкозных клеток;
- в потомство мутированной клетки;
- г разнообразие форм лейкозных клеток;
- д все перечисленное.

Цитохимические исследования бластных клеток позволяют установить:

- а принадлежность их к определенным клеточным линиям гемопоэза;
- б степень дифференцировки бластных клеток;
- в принадлежность клеток к опухолевому клону;
- г все перечисленное;
- д нет правильного ответа.

Иммунофенотипирование бластных клеток позволяет определить:

- а принадлежность их к определенным клеточным линиям гемопоэза;
- б степень дифференцировки бластных клеток;
- в принадлежность клеток к опухолевому клону;
- г все перечисленное;
- д верны пункты А и Б.