

Примеры экзаменационных вопросов и ответов

Выберите только один ответ для каждого вопроса:

- в вопросах с положительным утверждением выберите один наиболее подходящий ответ;
- в вопросах с негативным утверждением выберите один наиболее подходящий ответ.

1. Как следует проводить профилактику отсроченной тошноты и рвоты при низкой или минимальной эметогенности химиотерапии?

1. Дексаметазон 4 мг один раз в день с 1 по 3 день
2. Метоклопрамид 10 мг x 3 раза в день в течение 5 дней
3. Ондансетрон 4 мг один раз в день с 1 по 3 дни
4. Оланзапин 5 мг один раз в день с 1 по 3 дни
5. Профилактика не проводится

2. Вы консультируете пациента 62 лет с диагнозом метастатического поражения костей скелета из невыявленного первичного очага. По результатам морфологического и иммуногистохимического исследований ситуация была трактована как аденокарцинома без признаков органоспецифичности. При анализе снимков Ваше внимание привлек тот факт, что описанные очаги в костях имеют преимущественно остеобластический характер. В первую очередь следует думать о следующей локализации первичной опухоли:

1. Почечно-клеточный рак
2. Остеосаркома
3. Рак предстательной железы
4. Рак поджелудочной железы

3. При определении прогностической группы гастроинтестинальных стромальных опухолей учитываются следующие факторы:

1. Общий статус по шкале Карновского, время до начала системной терапии, концентрация гемоглобина в крови, уровень тромбоцитов и нейтрофилов, концентрация скорректированного по альбумину кальция в плазме крови
2. Наличие избыточной массы тела, уровень тромбоцитов, уровень лейкоцитов в крови и концентрация гемоглобина
3. Локализация первичной опухоли, её размер и митотический индекс
4. Время от постановки диагноза до начала системной терапии

4. К «классическим» критериям синдрома Ли-Фраумени относится:

1. Установленный диагноз саркомы в возрасте <45 лет в сочетании с наличиемотягощенного наследственного онкологического анамнеза (родственник первой степени родства с онкологическим заболеванием, диагностированным в возрасте <45 лет и родственник первой/второй степени родства с онкологическим заболеванием в возрасте <45 лет или саркомой, диагностированной в любом возрасте)
2. Диагностированный рак яичников в любом возрасте в сочетании с раком молочной железы, диагностированным в любом возрасте
3. Колоректальный рак, развившейся на фоне множественного полипоза толстой кишки
4. К данному синдрому относятся все формы наследственного неполипозного колоректального рака

5. При метастатическом раке почке определение экспрессии PD-L1 показано:

1. Всем пациентам с метастатическим опухолевым процессом для оценки показаний к назначению комбинированной иммунотаргетной терапии
2. Следует проводить только с использованием тест-системы Ventana SP142, так как только для этой диагностической тест-системы доказана корреляции с отдаленными результатам лечения пациента
3. Для отбора пациентов для назначения ниволумаба во второй линии терапии
4. Не рекомендуется к рутинному использованию, так как отсутствует корреляция между экспрессией PD-L1 и эффективностью иммунотерапии

6. У пациента 24 лет диагностировали герминогенную опухоль левого яичка, по поводу чего была выполнена орхифунилэктомия слева, гистологически получена чистая семинома. Опухолевые маркеры до хирургического лечения: АФП 28 нг/мл (норма до 7 нг/мл), В-ХГЧ 1,9 мМЕ/мл (норма до 5 мМЕ/мл), ЛДГ 560 Ед/л (норма до 250 Ед/л), после хирургического лечения – АФП 92 нг/мл, В-ХГЧ 18 мМЕ/мл, ЛДГ 760 Ед/л. При обследовании выявлено увеличение забрюшинных лимфатических узлов до 50х60 мм. Какое лечение или дообследование показано этому пациенту?

1. Проведение 3 курсов химиотерапии по схеме ВЕР или 4 курсов химиотерапии по схеме ЕР, так как пациент относится к благоприятной прогностической группе по классификации IGCCCG
2. Показано выполнение ПЭТ-КТ для уточнения характера процесса в лимфатических узлах
3. Показано выполнение биопсии забрюшинных лимфатических узлов для верификации метастатического поражения
4. Показано проведение 4 курсов химиотерапии по схеме ВЕР, так как пациент относится к группе промежуточного прогноза по классификации IGCCCG

7. В каком случае **НЕ** показано назначение двойной блокады HER2 у больных HER2-положительным раком молочной железы:

1. Неоадьювантная терапия
2. Адьювантная терапия
3. Наличие резидуальной опухоли после неоадьювантной анти-HER2 терапии
4. Первая линия терапии метастатической болезни

8. На приёме онколога пациент 56 лет с диагнозом меланома кожи спины T4bN0M0, IIC. Состояние после хирургического иссечения первичной опухоли. Прогрессирование заболевания – солитарный метастаз в нижнюю долю правого лёгкого. Состояние после атипичной резекции метастаза меланомы в нижнюю долю правого лёгкого. По результатам гистологического исследования резецированного образца опухоли в правом лёгком выявлен метастаз эпителиоидноклеточной меланомы. По результатам молекулярно-генетического исследования в опухоли выявлена активирующая мутация в гене BRAF V600E. Выберите оптимальную тактику ведения пациента в данной клинической ситуации:

1. Проведение таргетной терапии по схеме вемурафениб и кобименидин
2. Проведение иммунотерапии пембролизумабом
3. Проведение иммунотерапии ипилимумабом и ниволумабом
4. Проведение комбинированной химиотерапии Дакарбазином, Цисплатином и Винбластином
5. Проведение комбинированной химиотерапии Паклитакселом и Карбоплатином

9. Для какого из препаратов может потребоваться мониторинг концентрации в плазме крови?

1. Цисплатин
2. Циклофосфамид
3. Доцетаксел
4. Доксорубин
5. Метотрексат

10. 45-летняя женщина без сопутствующих заболеваний, функциональный статус по ECOG – 1, с диагнозом рак слепой кишки с мутацией в гене KRAS, микросателлитно-стабильным фенотипом опухоли, через 3 года после адъювантной химиотерапии капецитабином и оксалиплатином поступила с неоперабельными множественными метастазами в легкие, печень и лимфатические узлы. Какое системное лечение рекомендуется?

1. FOLFOXIRI с бевацизумабом
2. FOLFIRI с цетуксимабом или панитумумабом
3. Ниволумаб с ипилимумабом или пембролизумаб в монорежиме
4. XELOX или FOLFOX с бевацизумабом
5. FOLFIRI с бевацизумабом

11. Как в соответствии с МКБ 10 версии необходимо кодировать рак молочной железы in situ

1. C54
2. C50
3. D05
4. C57.9
5. C97

12. Для каких из перечисленных опухолей характерна наиболее низкая мутационная нагрузка?

1. Меланома
2. Плоскоклеточный рак легкого
3. Колоректальный рак
4. Рак мочевого пузыря
5. Саркома Юинга

13. Пациент Г., 62 лет, обратился за консультативной помощью с диагнозом: рак предстательной железы pT3bN0M0. Состояние после радикальной простатэктомии (аденокарцинома, сумма Глисона 4+3=7, R0). Прогрессирование через 19 месяцев: определяемый ПСА (0,2 нг/мл). В течение наблюдения за 1 месяц ПСА вырос с 0,2 до 0,4 нг/мл. При ПСМА-ПЭТ/КТ возможный источник ПСА-рецидива – уретро-везикоанастомоз. Клинически значимые сопутствующие заболевания: ИБС, СД 2 типа, компенсация. Выберите оптимальный метод лечения данного пациента:

1. Динамическое наблюдение
2. Немедленная андроген-депривационная терапия
3. Биопсия зоны уретро-везикоанастомоза с последующей лучевой терапией при получении верификации рецидивной опухоли
4. Немедленная андроген-депривационная терапия в комбинации с энзалутамидом
5. Спасительная лучевая терапия зоны местного рецидива без верификации

14. Пациент Г., 67 лет, обратился за консультативной помощью с диагнозом: рак левой почки pT3aN1M0. Состояние после радикальной нефрэктомии слева (светлоклеточный почечно-клеточный рак G4 с саркоматоидной дифференцировкой в опухоли, метастаз в одном из 12 лимфоузлов аналогичного строения). Прогрессирование через 6 месяцев после хирургического лечения: метастазы в забрюшинных лимфоузлах, легких. Какой режим терапии из перечисленных ниже оптимален для назначения:

1. Ниволумаб + Кабозантиниб
2. Авелумаб + Акситиниб
3. Пембролизумаб + Акситиниб
4. Сунитиниб
5. Кабозантиниб

15. Больной В., 73 лет, обратился к онкологу с диагнозом: рак мочевого пузыря cT3bN1M1a, метастазы в тазовых, забрюшинных лимфоузлах. Блок устьев обоих мочеточников. Уретерогидронефроз с обеих сторон. Хроническая мочевиная инфекция. Состояние после лечебно-диагностической ТУР мочевого пузыря, 2-сторонней нефростомии. ХБП 3 стадии (СКФ 45 мл/мин/1,73 м кв.). Морфологически верифицирована мышечноинвазивная уротелиальная карцинома HG, не экспрессирующая PD-L1. Пациент получил 4 цикла ХТ в режиме гемцитабин, карбоплатин. После первых 2 циклов терапии зарегистрирован частичный ответ на лечение в виде полной регрессии забрюшинных и уменьшения размеров тазовых лимфоузлов до 10 мм по короткому диаметру, толщина стенки мочевого пузыря уменьшилась с 15 до 9 мм; после 3-4 циклов лечения размеры опухолевых очагов стабилизировались. При контрольной цистоскопии отмечается уменьшение площади поражения слизистой. Терапию переносил удовлетворительно. Наиболее рациональная тактика дальнейшего лечения:

1. Радикальная цистэктомия с расширенной тазовой и забрюшинной лимфаденэктомией
2. Довести количество циклов химиотерапии гемцитабином, карбоплатином до 6
3. Остановить терапию, проводить динамическое наблюдение
4. Поддерживающая терапия Пембролизумабом
5. Поддерживающая терапия Авелумабом

16. Какая нозологическая форма является наиболее частой причиной метастазов в головном мозге в структуре метастатического поражения головного мозга из перечисленных ниже?

1. Меланома
2. Рак молочной железы
3. Рак легкого
4. Колоректальный рак
5. Рак почки

17. При какой ситуации снижается эффективность иммунотерапии при метастатическом поражении головного мозга у больных меланомой?

1. Наличие мутации SKIT в опухоли
2. Наличие мутации BRAF в опухоли
3. Симптомные метастазы в головном мозге, требующие назначения стероидов
4. Нормальный уровень ЛДГ в крови
5. Проведение стереотаксической радиотерапии в сочетании с иммунотерапией

18. Пациентке 45 лет по поводу стромальной опухоли желудка выполнена дистальная резекция желудка в объеме R0. Размер первичной опухоли 6 см, 10 митозов в 50 полях зрения. Выявлена активирующая мутация в 11 экзоне гена KIT. Отдаленных метастазов по данным КТ нет. pT3N0M0. Какая дальнейшая тактика рекомендуется?

1. Наблюдение
2. Адьювантная терапия сунитинибом на протяжении 1 года
3. Адьювантная терапия сунитинибом на протяжении 2 лет
4. Адьювантная терапия иматинибом на протяжении 1 года
5. Адьювантная терапия иматинибом на протяжении 3 лет

19. Пациентке 57 лет по поводу кисты правого яичника и миомы матки проведено удаление матки с придатками. Гистологически и в матке, и в яичнике – серозная аденокарцинома high-grade. Оценка какого ИГХ маркера позволит с наибольшей вероятностью определить первичную локализацию опухоли?

1. p53
2. WT1
3. ER
4. CK20

20. Пациентка 70 лет, страдает компенсированным сахарным диабетом 2 типа, и артериальной гипертензией 3 стадии 3 степени. При ежегодном обследовании по поводу сопутствующей патологии у больной был выявлен диссеминированный светлоклеточный рак эндометрия с поражением печени, легких, аортальных и тазовых л/у, по поводу чего выполнена простая экстирпация матки и проведена химиотерапия по схеме паклитаксел + карбоплатин. При обследовании после 6 курсов ХТ выявлено прогрессирование заболевания (дальнейший рост очагов), ECOG 1. При анализе гистологического материала после операции выявлено отсутствие нарушений в системе репарации ДНК (pMMR). Какой вариант 2 линии лечения вы выберете?

1. Доксорубицин
2. Паклитаксел еженедельно
3. Пембролизумаб
4. Пембролизумаб+ Ленватиниб
5. Симптоматическая терапия

21. Какой режим химиотерапии будет режимом выбора при ангиосаркоме?

1. Паклитаксел еженедельно
2. Доцетаксел
3. Доксорубицин
4. Пазопаниб
5. Бевацизумаб

22. У пациента 20 лет опухоль грудной стенки. При биопсии: круглоклеточная саркома с транслокацией химерного гена EWSR7, отдаленные метастазы не выявлены. Предложите оптимальную тактику лечения?

1. Альтернирующий режим VAC/IE (винкристин, доксорубицин, циклофосфамид, ифосфамид, этопозид), с последующим хирургическим лечением, адъювантной химиотерапией и лучевой терапией
2. Радикальное хирургическое вмешательство
3. Радикальное хирургическое вмешательство + адъювантная лучевая терапия
4. Лучевая терапия по радикальной программе
5. Химиотерапия на основе доксорубицина и ифосфамида

23. Выполнение циторедуктивных операций не показано больным НЭО поджелудочной железы при ...

1. G3
2. G2
3. G1
4. При наличии функционирующих гастрином

24. Каковы зарегистрированные показания для применения аналогов соматостатина при лечении НЭН?

1. Только терапия спасения при карциноидных кризах
2. Адъювантная терапия
3. Только симптоматическая терапия
4. Симптоматическая терапия карциноидного и других синдромов, противоопухолевая терапия

25. У женщины 68 лет без курения в анамнезе при плановой диспансеризации по данным флюорографического исследования выявлено образование верхней доли правого легкого. При дообследовании в условиях онкологического стационара выявлена аденокарцинома легкого без активирующих мутаций EGFR, ALK, ROS1, BRAF с экспрессией PD-L1 65%. По данным ПЭТ-КТ кроме первичной опухоли присутствует накопление РФП в медиастинальных лимфатических узлах, костях и печени. Какова будет оптимальная тактика лечения для этой пациентки?

1. Моноиммунотерапия
2. Комбинированная иммунотерапия (PD-1 + CTLA4)
3. Химотерапия
4. Химиоиммунотерапия