

Отдельные направления в хирургии.

1. Онкология является разделом медицины, которая:
 - 1) изучает этиологию, патогенез, клинические проявления, диагностику, профилактику и лечение раковых опухолей;
 - 2) изучает этиологию, патогенез, клинические проявления, диагностику, профилактику и лечение доброкачественных опухолей;
 - 3) изучает этиологию, патогенез, клинические проявления, диагностику, профилактику и лечение злокачественных опухолей;
 - 4) изучает этиологию, патогенез, клинические проявления, диагностику, профилактику и лечение доброкачественных и злокачественных опухолей;
 - 5) изучает этиологию, патогенез, клинические проявления, диагностику, профилактику и лечение опухолей, возникающих под воздействием канцерогенов.

2. К факторам онкогенеза относятся:
 - 1) климатический онкогенез;
 - 2) химический онкогенез;
 - 3) физический онкогенез;
 - 4) вирусный онкогенез;
 - 5) географический онкогенез;
 - 6) генетический онкогенез.

3. К факторам химического онкогенеза относятся:
 - 1) пищевой онкогенез;
 - 2) воздействие рентгеновского излучения;
 - 3) воздействие канцерогенных веществ;
 - 4) гормональный онкогенез;
 - 5) воздействие вирусов.

4. К факторам физического онкогенеза относятся:
 - 1) воздействие рентгеновского излучения;
 - 2) воздействие канцерогенных веществ;
 - 3) воздействие вирусов;
 - 4) воздействие радиочастотных электромагнитных полей;
 - 5) воздействие ультрафиолетового излучения.

5. Выделяют следующие виды роста опухоли:
 - 1) аппозиционный;
 - 2) имплантационный;
 - 3) гематогенный;
 - 4) экспансивный;
 - 5) периканикулярный;
 - 6) инфильтративный.

6. Выделяют следующие пути метастазирования опухолей:
 - 1) интраканикулярный;
 - 2) периканикулярный;
 - 3) внутрипросветный;
 - 4) экзофитный;
 - 5) гематогенный;
 - 6) лимфогенный;
 - 7) эндофитный;
 - 8) имплантационный.

7. Характерными признаками доброкачественных опухолей являются:
 - 1) экспансивный рост;
 - 2) способность к метастазированию;
 - 3) тканевой атипизм;
 - 4) наличие капсулы;
 - 5) инфильтративный рост;
 - 6) клеточный атипизм.

8. Характерными признаками злокачественных опухолей являются:
 - 1) экспансивный рост;
 - 2) способность к метастазированию;
 - 3) тканевой атипизм;
 - 4) наличие капсулы;
 - 5) инфильтративный рост;
 - 6) клеточный атипизм.

9. Согласно онкологической классификации TNM критерий T определяет:
 - 1) размеры и местное распространение первичной опухоли;
 - 2) степень инвазии в лимфатические сосуды;
 - 3) отсутствие или наличие метастазов в регионарные лимфоузлы и степень их поражения;
 - 4) отсутствие или наличие отдаленных метастазов;
 - 5) гистогенетическую характеристику опухоли.

10. Согласно онкологической классификации TNM критерий N определяет:
 - 1) степень инвазии в лимфатические сосуды;
 - 2) размеры и местное распространение первичной опухоли;
 - 3) отсутствие или наличие метастазов в регионарные лимфоузлы и степень их поражения;
 - 4) отсутствие или наличие отдаленных метастазов;
 - 5) гистогенетическую характеристику опухоли.

11. Согласно онкологической классификации TNM критерий M определяет:
 - 1) размеры и местное распространение первичной опухоли;
 - 2) степень инвазии в лимфатические сосуды;
 - 3) отсутствие или наличие метастазов в регионарные лимфоузлы и степень их поражения;
 - 4) отсутствие или наличие отдаленных метастазов;
 - 5) гистогенетическую характеристику опухоли.

12. Клиническая классификация стадии течения злокачественного новообразования включает следующие оценочные критерии:
 - 1) гистологическая структура опухолевой ткани;
 - 2) давность заболевания;
 - 3) наличие или отсутствие признаков распространения на окружающие органы и ткани;
 - 4) степень поражения регионарных лимфоузлов;
 - 5) наличие или отсутствие отдаленных метастазов;
 - 6) необходимость проведения химиотерапии.

13. Выберите характеристику злокачественного новообразования, соответствующую критериям первой стадии течения заболевания:
 - 1) опухоль не выходит за пределы пораженного органа и имеет единичный отдаленный метастаз;
 - 2) опухоль кишечника ограничена слизистым и мышечным слоем и имеет поражение лимфатических узлов первого порядка;
 - 3) опухоль паренхиматозного органа не выходит за его пределы и не имеет признаков метастатического поражения;

- 4) опухоль выходит за пределы пораженного органа и имеет множественные метастазы в регионарные лимфоузлы;
 - 5) опухоль не выходит за пределы пораженного органа и имеет множественные отдаленные метастазы.
14. Выберите характеристику злокачественного новообразования, соответствующую критериям второй стадии течения заболевания:
- 1) опухоль не выходит за пределы пораженного органа и имеет единичный отдаленный метастаз;
 - 2) опухоль кишечника ограничена слизистым и мышечным слоем и имеет поражение лимфатических узлов первого порядка;
 - 3) опухоль паренхиматозного органа не выходит за его пределы и не имеет признаков метастатического поражения;
 - 4) опухоль выходит за пределы пораженного органа и имеет множественные метастазы в регионарные лимфоузлы;
 - 5) опухоль не выходит за пределы пораженного органа и имеет множественные отдаленные метастазы.
15. Выберите характеристику злокачественного новообразования, соответствующую критериям третьей стадии течения заболевания:
- 1) опухоль не выходит за пределы пораженного органа и не имеет метастазов;
 - 2) опухоль кишечника не прорастает в окружающие ткани, имеет поражение лимфатических узлов первого порядка и единичный отдаленный метастаз;
 - 3) опухоль паренхиматозного органа выходит за его пределы и имеет единичный отдаленный метастаз;
 - 4) опухоль выходит за пределы пораженного органа и имеет множественные метастазы в регионарные лимфоузлы;
 - 5) опухоль не выходит за пределы пораженного органа и имеет множественные отдаленные метастазы.
16. Выберите характеристику злокачественного новообразования, соответствующую критериям четвертой стадии течения заболевания:
- 1) опухоль не выходит за пределы пораженного органа и имеет единичный отдаленный метастаз;
 - 2) опухоль кишечника ограничена слизистым и мышечным слоем и имеет поражение лимфатических узлов первого порядка;
 - 3) опухоль паренхиматозного органа не выходит за его пределы и не имеет признаков метастатического поражения;
 - 4) опухоль выходит за пределы пораженного органа и имеет множественные метастазы в регионарные лимфоузлы;
 - 5) опухоль выходит за пределы пораженного органа и не имеет признаков метастатического поражения.
17. Какова стадия онкологического процесса у пациента с раком желудка, распространяющегося только в пределах слизистого и подслизистого слоев с признаками метастатического поражения единичного лимфоузла первого порядка:
- 1) первая;
 - 2) вторая;
 - 3) третья;
 - 4) четвертая;
 - 5) стадию установить невозможно.

18. Какова стадия онкологического процесса у пациента с раком пищевода, прорастающего в клетчатку средостения с признаками метастатического поражения единичного лимфоузла первого порядка:
- 1) первая;
 - 2) вторая;
 - 3) третья;
 - 4) четвертая;
 - 5) стадию установить невозможно.
19. Какова стадия онкологического процесса у пациента с раком ободочной кишки, распространяющегося до мышечного слоя, имеющего единичный метастаз печени малого размера:
- 1) первая;
 - 2) вторая;
 - 3) третья;
 - 4) четвертая;
 - 5) стадию установить невозможно.
20. Согласно классификации множественных новообразований, метакронным раком называется:
- 1) наличие двух и более новообразований в одном органе (например, в дне и теле желудка);
 - 2) выявление двух и более первичных опухолей в течение одного года;
 - 3) выявление двух и более первичных опухолей в интервале более одного года;
 - 4) одновременное наличие первичной опухоли в разных органах (например, в толстой кишке и мочевом пузыре);
 - 5) появление отдаленных метастазов в интервале более одного года после выявления первичной опухоли;
 - 6) появление отдаленных метастазов в течение одного года после выявления первичной опухоли.
21. Согласно классификации множественных новообразований, синхронным раком называется:
- 1) наличие двух и более новообразований в одном органе (например, в дне и теле желудка);
 - 2) выявление двух и более первичных опухолей в течение одного года;
 - 3) выявление двух и более первичных опухолей в интервале более одного года;
 - 4) одновременное наличие первичной опухоли в разных органах (например, в толстой кишке и мочевом пузыре);
 - 5) появление отдаленных метастазов в интервале более одного года после выявления первичной опухоли;
 - 6) появление отдаленных метастазов в течение одного года после выявления первичной опухоли.
22. Согласно классификации множественных новообразований, мультицентрическим раком называется:
- 1) наличие двух и более новообразований в одном органе (например, в дне и теле желудка);
 - 2) выявление двух и более первичных опухолей в течение одного года;
 - 3) выявление двух и более первичных опухолей в интервале более одного года;
 - 4) одновременное наличие первичной опухоли в разных органах (например, в толстой кишке и мочевом пузыре);
 - 5) появление отдаленных метастазов в интервале более одного года после выявления первичной опухоли;
 - 6) появление отдаленных метастазов в течение одного года после выявления первичной опухоли.

23. Согласно классификации множественных новообразований, первично-множественным раком называется:
- 1) наличие двух новообразований и более в одном органе (например, в дне и теле желудка);
 - 2) выявление двух и более первичных опухолей в течение одного года;
 - 3) выявление двух и более первичных опухолей в интервале более одного года;
 - 4) одновременное наличие первичной опухоли в разных органах (например, в толстой кишке и мочевом пузыре);
 - 5) появление отдаленных метастазов в интервале более одного года после выявления первичной опухоли;
 - 6) появление отдаленных метастазов в течение одного года после выявления первичной опухоли.
24. Для синдрома малых признаков при злокачественных новообразованиях характерно:
- 1) быстрый немотивированный набор веса;
 - 2) появление отвращения к определенным продуктам питания;
 - 3) быстрая немотивированная потеря веса;
 - 4) сокращение продолжительности сна;
 - 5) повышение температуры тела без видимых причин;
 - 6) снижение температуры тела без видимых причин;
 - 7) астения, депрессия;
 - 8) склонность просыпаться рано утром.
25. При хирургическом лечении злокачественных новообразований профилактическими называются операции, предполагающие:
- 1) удаление в пределах здоровых тканей новообразований при наличии у пациента единичного отдаленного метастаза небольшого размера;
 - 2) удаление в пределах здоровых тканей новообразований с высоким риском малигнизации (так называемый облигатный рак);
 - 3) удаление в пределах здоровых тканей новообразований с низким риском малигнизации (так называемый факультативный рак);
 - 4) удаление новообразования в пределах здоровых тканей с перевязкой сосудов, обеспечивающих его кровоснабжение и нередко с удалением регионарных лимфоузлов при условии отсутствия у пациента отдаленных метастазов;
 - 5) удаление части опухолевой ткани с целью снижения раковой интоксикации и профилактики развития возможных осложнений, связанных с ее распадом;
 - 6) удаление новообразования в пределах здоровых тканей с перевязкой сосудов, обеспечивающих его кровоснабжение и нередко с удалением регионарных лимфоузлов в том числе при наличии у пациента отдаленных метастазов;
 - 7) борьбу с осложнениями, развитие которых напрямую связано с разрастанием опухолевой ткани.
26. При хирургическом лечении злокачественных новообразований радикальными называются операции, предполагающие:
- 1) удаление в пределах здоровых тканей новообразований при наличии у пациента единичного отдаленного метастаза небольшого размера;
 - 2) удаление в пределах здоровых тканей новообразований с высоким риском малигнизации (так называемый облигатный рак);
 - 3) удаление в пределах здоровых тканей новообразований с низким риском малигнизации (так называемый факультативный рак);
 - 4) удаление новообразования в пределах здоровых тканей с перевязкой сосудов, обеспечивающих его кровоснабжение и нередко с удалением регионарных лимфоузлов при условии отсутствия у пациента отдаленных метастазов;
 - 5) удаление части опухолевой ткани с целью снижения раковой интоксикации и профилактики развития возможных осложнений, связанных с ее распадом;

- 6) удаление новообразования в пределах здоровых тканей с перевязкой сосудов, обеспечивающих его кровоснабжение и нередко с удалением регионарных лимфоузлов в том числе при наличии у пациента отдаленных метастазов;
- 7) борьбу с осложнениями, развитие которых напрямую связано с разрастанием опухолевой ткани.

27. При хирургическом лечении злокачественных новообразований паллиативными называются операции, предполагающие:

- 1) удаление в пределах здоровых тканей новообразований при наличии у пациента единичного отдаленного метастаза небольшого размера;
- 2) удаление в пределах здоровых тканей новообразований с высоким риском малигнизации (так называемый облигатный рак);
- 3) удаление в пределах здоровых тканей новообразований с низким риском малигнизации (так называемый факультативный рак);
- 4) удаление новообразования в пределах здоровых тканей с перевязкой сосудов, обеспечивающих его кровоснабжение и нередко с удалением регионарных лимфоузлов при условии отсутствия у пациента отдаленных метастазов;
- 5) удаление части опухолевой ткани с целью снижения раковой интоксикации и профилактики развития возможных осложнений, связанных с ее распадом;
- 6) удаление новообразования в пределах здоровых тканей с перевязкой сосудов, обеспечивающих его кровоснабжение и нередко с удалением регионарных лимфоузлов в том числе при наличии у пациента отдаленных метастазов;
- 7) борьбу с осложнениями, развитие которых напрямую связано с разрастанием опухолевой ткани.

28. В онкологической хирургии принцип абластики включает в себя следующие приемы:

- 1) бережное обращение с опухолевой тканью для предотвращения ее дополнительного повреждения;
- 2) проведение предоперационной химиотерапии;
- 3) удаление опухолевых клеток, попавших в операционное поле путем обработки тканей этиловым спиртом;
- 4) удалению опухоли предшествует перевязка сосудов, обеспечивающих ее кровоснабжение;
- 5) удаление опухоли единым блоком с регионарными лимфатическими узлами;
- 6) удаление опухолевых клеток, попавших в операционное поле путем воздействия ионизирующего излучения.

29. В онкологической хирургии принцип антибластики включает в себя следующие приемы:

- 1) бережное обращение с опухолевой тканью для предотвращения ее дополнительного повреждения;
- 2) проведение предоперационной химиотерапии;
- 3) удаление опухолевых клеток, попавших в операционное поле путем обработки тканей этиловым спиртом;
- 4) удалению опухоли предшествует перевязка сосудов, обеспечивающих ее кровоснабжение;
- 5) удаление опухоли единым блоком с регионарными лимфатическими узлами;
- 6) удаление опухолевых клеток, попавших в операционное поле путем воздействия ионизирующего излучения.

30. По истечении какого срока после удаления злокачественной опухоли отсутствие рецидива заболевания позволяет считать пациента излеченным:

- 1) один год;
- 2) два года;
- 3) три года;
- 4) четыре года;
- 5) пять лет.

31. Основными разделами пластической хирургии является:
- 1) хирургия реваскуляризированных лоскутов;
 - 2) хирургия имплантатов из искусственных материалов;
 - 3) реконструктивно-восстановительная хирургия;
 - 4) эстетическая хирургия;
 - 5) свободная пластика.
32. В реконструктивно-восстановительной хирургии при выполнении пластических операций используют:
- 1) собственные ткани пациентов;
 - 2) искусственные материалы;
 - 3) донорские ткани людей;
 - 4) ткани животного происхождения;
 - 5) ткани растительного происхождения.
33. В реконструктивно-восстановительной хирургии к пластике местными тканями относится:
- 1) экспандерная дермотензия;
 - 2) использование филатовского стебля;
 - 3) пластика кожно-фасциальным лоскутом;
 - 4) свободная пластика;
 - 5) пластика имплантатами из искусственных материалов.
34. В реконструктивно-восстановительной хирургии под свободной пластикой понимают:
- 1) замещение какого-либо дефекта посредством имплантата из искусственного материала;
 - 2) замещение какого-либо дефекта посредством кожно-фасциального лоскута;
 - 3) замещение какого-либо дефекта путем переноса заранее подготовленного стебельчатого лоскута в другую часть тела;
 - 4) замещение какого-либо дефекта лоскутом, восстановив в нем кровообращение с помощью наложения микрососудистых анастомозов с местной сосудистой сетью;
 - 5) замещение какого-либо дефекта лоскутом, полностью отделенным от «материнских» тканей донорской зоны.
35. При выполнении пластики посредством филатовского стебля соотношение его ширины к длине не должно превышать:
- 1) один к одному;
 - 2) один к двум;
 - 3) один к трем;
 - 4) один к пяти;
 - 5) один к десяти.
36. При выполнении пластики посредством филатовского стебля для его формирования используют:
- 1) волосистую часть головы;
 - 2) живот;
 - 3) поясничную область;
 - 4) заднюю поверхность грудной клетки;
 - 5) шею.
37. Перфорация кожного лоскута при выполнении свободной пластики имеет следующие последствия:
- 1) улучшает косметический эффект операции;
 - 2) ухудшает косметический эффект операции;
 - 3) увеличивает площадь лоскута;

- 4) уменьшает площадь лоскута;
 - 5) улучшает адгезию лоскута к подлежащим тканям;
 - 6) ухудшает адгезию лоскута к подлежащим тканям.
38. Эстетические операции (за исключением коррекции ушей) разрешено выполнять при достижении пациентом возраста:
- 1) 14 лет при условии оформления родителями информированного согласия;
 - 2) 16 лет при условии оформления родителями информированного согласия;
 - 3) не менее 18 лет;
 - 4) не менее 21 года;
 - 5) какие-либо возрастные ограничения отсутствуют.
39. В эстетической хирургии фотографирование области вмешательства:
- 1) категорически запрещено перед операцией;
 - 2) выполняется только после операции для оценки ее результатов;
 - 3) всегда выполняется до и после операции;
 - 4) выполняется только если пациент таким образом желает сохранить воспоминания об изменениях в своей внешности;
 - 5) позволяет разрешить психологические и юридические проблемы.
40. К эстетическим операциям, выполняемым на молочной железе, относят:
- 1) мастэктомию;
 - 2) мастопексию;
 - 3) секторальную резекцию молочной железы;
 - 4) редуционную маммопластику;
 - 5) удаление сосково-ареолярного комплекса.
41. В клинической трансплантологии выделяют следующие типы донорства:
- 1) изотрансплантация;
 - 2) гомотрансплантация;
 - 3) аллотрансплантация;
 - 4) гетеротрансплантация;
 - 5) аутоотрансплантация.
42. В соответствии с законодательством Российской Федерации под термином изотрансплантация понимают:
- 1) пересадку донорского органа от одного однояйцевого близнеца другому;
 - 2) пересадку органа от живого донора, являющегося для реципиента генетическим родственником;
 - 3) пересадку органа от любого живого донора, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
 - 4) пересадку донорского органа или ткани от животного человеку;
 - 5) пересадку донорского органа, изъятую у умершего человека.
43. В соответствии с законодательством Российской Федерации под термином аллотрансплантация понимают:
- 1) пересадку донорского органа от одного однояйцевого близнеца другому;
 - 2) пересадку органа от живого донора, являющегося для реципиента генетическим родственником;
 - 3) пересадку органа от любого живого донора, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
 - 4) пересадку донорского органа или ткани от животного человеку;
 - 5) пересадку донорского органа, изъятую у умершего человека.

44. В соответствии с законодательством Российской Федерации под термином ксенотрансплантация понимают:
- 1) пересадку донорского органа от одного однояйцевого близнеца другому;
 - 2) пересадку органа от живого донора, являющегося для реципиента генетическим родственником;
 - 3) пересадку органа от любого живого донора, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
 - 4) пересадку донорского органа или ткани от животного человеку;
 - 5) пересадку донорского органа, изъятую у умершего человека.
45. В клинической трансплантологии донорская концепция «информированное испрошенное согласие» обозначает:
- 1) забор органа осуществляется только при наличии прижизненного согласия умершего и исключает возможность согласования данной процедуры с иными лицами;
 - 2) в случае смерти потенциального донора забор органа можно осуществить при наличии его прижизненного согласия либо при согласии на данную процедуру его близких родственников или законных представителей;
 - 3) в случае смерти потенциального донора забор органа можно осуществить при наличии его прижизненного согласия либо по решению суда;
 - 4) юридических препятствий к забору органа не имеется, кроме случаев, когда пациент во время своей жизни или его близкие родственники или законные представители заявили о несогласии на эту процедуру;
 - 5) юридических препятствий к забору органа у умершего человека не имеется, он осуществляется без каких-либо согласований с третьими лицами.
46. В клинической трансплантологии донорская концепция «презумпция согласия» обозначает:
- 1) забор органа осуществляется только при наличии прижизненного согласия умершего и исключает возможность согласования данной процедуры с иными лицами;
 - 2) в случае смерти потенциального донора забор органа можно осуществить при наличии его прижизненного согласия либо при согласии на данную процедуру его близких родственников или законных представителей;
 - 3) в случае смерти потенциального донора забор органа можно осуществить при наличии его прижизненного согласия либо по решению суда;
 - 4) юридических препятствий к забору органа не имеется, кроме случаев, когда пациент во время своей жизни или его близкие родственники или законные представители заявили о несогласии на эту процедуру;
 - 5) юридических препятствий к забору органа у умершего человека не имеется, он осуществляется без каких-либо согласований с третьими лицами.
47. В клинической трансплантологии донорская концепция «презумпция донорства» обозначает:
- 1) забор органа осуществляется только при наличии прижизненного согласия умершего и исключает возможность согласования данной процедуры с иными лицами;
 - 2) в случае смерти потенциального донора забор органа можно осуществить при наличии его прижизненного согласия либо при согласии на данную процедуру его близких родственников или законных представителей;
 - 3) в случае смерти потенциального донора забор органа можно осуществить при наличии его прижизненного согласия либо по решению суда;
 - 4) юридических препятствий к забору органа не имеется, кроме случаев, когда пациент во время своей жизни или его близкие родственники или законные представители заявили о несогласии на эту процедуру;
 - 5) юридических препятствий к забору органа у умершего человека не имеется, он осуществляется без каких-либо согласований с третьими лицами.

48. В Российской Федерации законодательно разрешено применение донорской концепции:
- 1) «презумпции согласия» при изъятии органов и тканей у лиц, достигших возраста 16 лет;
 - 2) «презумпции согласия» при изъятии органов и тканей у лиц, достигших возраста 18 лет;
 - 3) «презумпции донорства» при изъятии органов и тканей у лиц, достигших возраста 21 года;
 - 4) «информированного испрошенного согласия» при изъятии органов и тканей у лиц, не достигших 14 лет;
 - 5) «информированного испрошенного согласия» при изъятии органов и тканей у лиц, не достигших 16 лет;
 - 6) «информированного испрошенного согласия» при изъятии органов и тканей у лиц, не достигших 18 лет.
49. В соответствии с законодательством Российской Федерации источником любого донорского органа может являться:
- 1) человек с констатированной смертью головного мозга, в том числе не являющийся для реципиента генетическим родственником;
 - 2) человек с констатированной смертью головного мозга только при условии, что он является для реципиента генетическим родственником;
 - 3) человек с констатированной биологической смертью, в том числе не являющийся для реципиента генетическим родственником;
 - 4) человек с констатированной биологической смертью только при условии, что он является для реципиента генетическим родственником;
 - 5) человек с констатированной клинической смертью, в том числе не являющийся для реципиента генетическим родственником;
 - 6) человек с констатированной клинической смертью только при условии, что он является для реципиента генетическим родственником;
 - 7) живой человек только при условии, что он является для реципиента генетическим родственником;
 - 8) при пересадке костного мозга, - живой человек, в том числе не являющийся для реципиента генетическим родственником.
50. Донорские органы (за исключением костей) хранятся при температуре:
- 1) 0 °С;
 - 2) 2 °С;
 - 3) 4 °С;
 - 4) 21 °С;
 - 5) 36,6 °С.
51. Для проведения трансплантации от живого донора разрешено изъятие:
- 1) одного глаза;
 - 2) одной почки;
 - 3) участка мочевого пузыря;
 - 4) сердца;
 - 5) участка пищевода;
 - 6) части печени;
 - 7) доли легкого;
 - 8) участка тонкой кишки.
52. При подборе донорского органа в качестве критерия совместимости с реципиентом используют:
- 1) совпадение по антигенной системе HLA;
 - 2) результат биологической пробы;
 - 3) результат процедуры перекрестного типирования;
 - 4) результат пробы на индивидуальную совместимость;
 - 5) совпадение по антигенной системе Rh-фактора;

б) совпадение по антигенной системе АВ0.

53. В Российской Федерации при трансплантации почки в качестве донорского может быть использован орган, изъятый:

- 1) у человека с констатированной смертью головного мозга, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 2) у человека с констатированной смертью головного мозга только при условии, что он является для реципиента генетическим родственником;
- 3) у человека сразу после наступления биологической смерти, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 4) у человека не позднее 72 часов после наступления биологической смерти, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 5) у человека сразу после наступления клинической смерти, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 6) у живого человека только при условии, что он является для реципиента генетическим родственником;
- 7) у живого человека, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником.

54. В Российской Федерации при трансплантации печени в качестве донорского может быть использован орган или его часть, изъятый:

- 1) у человека с констатированной смертью головного мозга, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 2) у человека с констатированной смертью головного мозга только при условии, что он является для реципиента генетическим родственником;
- 3) у человека сразу после наступления биологической смерти, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 4) у человека не позднее 6 часов после наступления биологической смерти, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 5) у человека сразу после наступления клинической смерти, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 6) у живого человека только при условии, что он является для реципиента генетическим родственником;
- 7) у живого человека, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником.

55. В Российской Федерации при трансплантации сердца в качестве донорского может быть использован орган, изъятый:

- 1) у человека с констатированной смертью головного мозга, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 2) у человека с констатированной смертью головного мозга только при условии, что он является для реципиента генетическим родственником;
- 3) у человека сразу после наступления биологической смерти, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 4) у человека не позднее 6 часов после наступления биологической смерти, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 5) у человека сразу после наступления клинической смерти, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 6) у живого человека только при условии, что он является для реципиента генетическим родственником;
- 7) у живого человека, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником.

56. В Российской Федерации при трансплантации поджелудочной железы в качестве донорского может быть использован орган или его часть, изъятый:

- 1) у человека с констатированной смертью головного мозга, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 2) у человека с констатированной смертью головного мозга только при условии, что он является для реципиента генетическим родственником;
- 3) у человека сразу после наступления биологической смерти, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 4) у человека не позднее 6 часов после наступления биологической смерти, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 5) у человека сразу после наступления клинической смерти, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 6) у живого человека только при условии, что он является для реципиента генетическим родственником;
- 7) у живого человека, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником.

57. В Российской Федерации при трансплантации костного мозга в качестве донорского может быть использована ткань, изъятая:

- 1) у человека с констатированной смертью головного мозга, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 2) у человека с констатированной смертью головного мозга только при условии, что он является для реципиента генетическим родственником;
- 3) у человека сразу после наступления биологической смерти, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 4) у человека не позднее 6 часов после наступления биологической смерти, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 5) у человека сразу после наступления клинической смерти, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником;
- 6) у живого человека только при условии, что он является для реципиента генетическим родственником;
- 7) у живого человека, в том числе не являющегося для реципиента генетическим родственником.