



Министерство здравоохранения Российской Федерации

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России

Утверждено решением ученого совета
Протокол № 1 от 01.09.2023 г.

Рабочая программа	«Государственной итоговой аттестации»
Образовательная программа	Основная профессиональная образовательная программа высшего образования - программа ординатуры по специальности 31.08.14 Детская онкология
Квалификация (специальность)	Врач-детский онколог
Форма обучения	Очная

Разработчик (и): кафедра детской хирургии

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Соловьев Анатолий Егорович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Ларичева Ольга Валентиновна		ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	ассистент

Рецензент (ы):

ИОФ	Ученая степень, ученое звание	Место работы (организация)	Должность
Куликов Евгений Петрович	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой
Трушин Сергей Николаевич	д.м.н., профессор	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	заведующий кафедрой

Одобрено учебно-методической комиссией по ординатуре и аспирантуре.
Протокол № 7 от 26.06.2023 г.

Одобрено учебно-методическим советом.
Протокол № 10 от 27.06.2023 г.

Нормативная справка.

Рабочая программа «Государственной итоговой аттестации» разработана в соответствии с:

ФГОС ВО	Приказ Минобрнауки России от 25.08.2014 № 1056 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.14 Детская онкология»
Порядок организации и осуществления образовательной деятельности	Приказ Министерства науки и высшего образования РФ от 19 ноября 2013 г. № 1258 "Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры"

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной профессиональной образовательной программы соответствующим требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования (далее – ФГОС ВО).

Задачами государственной итоговой аттестации является определение сформированности у обучающихся основных компетенций, установленных ФГОС ВО, и оценка готовности обучающихся к решению профессиональных задач в соответствии с видами профессиональной деятельности, на которые ориентирована образовательная программа.

Компетенции выпускника, сформированность которых оценивается на государственной итоговой аттестации

Универсальные компетенции (УК):

- готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);
- готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);
- готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Профессиональные компетенции (ПК):

- готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);
- готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья

- взрослых и подростков (ПК-4);
- готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);
 - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6);
 - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);
 - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);
 - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);
 - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
 - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
 - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Объем государственной итоговой аттестации составляет 3 зачетные единицы, 108 академических часов.

Государственная итоговая аттестация в полном объеме относится к базовой части Блока 3 ОПОП ординатуры.

Процедура проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится государственной экзаменационной комиссией, состав которой утверждается приказом ректора не позднее чем за 1 месяц до даты начала государственной итоговой аттестации. Председатель государственной экзаменационной комиссии утверждается Министерством здравоохранения Российской Федерации не позднее 31 декабря года, предшествующего году проведения государственной итоговой аттестации.

Государственная итоговая аттестация обучающихся проводится в форме государственного экзамена (междисциплинарного).

Программа государственной итоговой аттестации, включая критерии оценки результатов сдачи государственного экзамена, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся, не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой

аттестации.

Все экзаменационные материалы для проведения государственного междисциплинарного экзамена обсуждаются на заседаниях учебно-методических комиссий и утверждаются на заседании учебно-методического совета Университета.

Срок проведения государственной итоговой аттестации определяется расписанием, которое составляется в соответствии с учебным планом, утверждается ректором и доводится до сведения обучающихся, председателя и членов государственных экзаменационных комиссий и апелляционных комиссий, секретарей государственных экзаменационных комиссий не позднее чем за 30 календарных дней до дня проведения первого государственного аттестационного испытания.

Перед государственным экзаменом проводится консультирование обучающихся по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Структура и содержание государственной итоговой аттестации в форме государственного экзамена

Государственный экзамен по специальности 31.08.14 Детская онкология включает в себя несколько аттестационных испытаний и проводится в три этапа: I этап - тестирование; II этап - оценка практических навыков и умений; III этап - собеседование.

Перечень вопросов, выносимых на государственный экзамен:

Раздел 1.

Основы социальной гигиены и организация онкологической помощи детскому населению

История развития онкологической помощи в России

История развития онкологической помощи детям в России и за рубежом

Этапы развития детской онкологии

Статистика и эпидемиология злокачественных опухолей

Эпидемиологические исследования в онкологии

Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей у детей

Структура заболеваемости злокачественными опухолями у взрослых и детей

Частота злокачественных опухолей у детей в общей структуре онкологических заболеваний

Частота и структура опухолей у детей в разных возрастных группах

Смертность детей от злокачественных опухолей

Особенности этиологии и эпидемиологии опухолей у детей

Основные виды опухолей детского возраста и их гистологические особенности

Истинно детские опухоли

Организация специализированной помощи по детской онкологии в России

Место педиатрической онкологической службы в системе специализированной медицинской помощи в России

Структура учреждений онкологической службы (их функция и взаимодействие)

Организация поликлинической помощи

Задачи детского онколога онкодиспансера, окружного онколога

Взаимосвязь врачей общепедиатрической сети с онкологической службой

Организация стационарной помощи детям с онкопатологией

Организация и формы работы дневного стационара

Организация помощи инкурабельным больным. Паллиативное лечение больных. Хосписы

Причины запущенности онкологических заболеваний у детей

Роль и участие педиатрической онкологической службы по усилению профилактики злокачественных новообразований и укреплению здоровья детского населения

Улучшение ранней диагностики

Вопросы этики и деонтологии в профессиональной деятельности врача - детского онколога

Роль медицинской психологии в практической работе врача - детского онколога

Раздел 2.

Лабораторные методы исследования

Лучевая диагностика

Радиоизотопные исследования

Эндоскопические исследования

Инструментальные методы диагностики

Функциональные методы исследования

Операционная диагностика

Морфологические методы исследования

Иммунологические методы исследования

Молекулярно-генетические методы диагностики

Общие принципы хирургического лечения злокачественных опухолей

Общие принципы лучевой терапии злокачественных опухолей

Общие принципы лекарственной терапии злокачественных опухолей

Раздел 3.

Лейкозы

Этиология и факторы риска

Ионизирующее излучение

Канцерогенные вещества

Вирусный канцерогенез

Врожденные хромосомные аномалии

Классификация лейкозов

Острые лимфобластные лейкозы
Клинико- морфо- иммунологическая классификация острого лимфобластного лейкоза
Основные клинические проявления острого лимфобластного лейкоза (основные синдромы заболевания)
Особенности клиники нейрорлейкоза
Классификация нейрорлейкоза
Диагностика острого лимфобластного лейкоза
Лабораторные исследования в диагностике (исследование крови, костного мозга и ликвора)
Принципы лечения острого лимфобластного лейкоза у детей
Рецидивы острого лимфобластного лейкоза
Лечение рецидивов острого лимфобластного лейкоза
Роль и место трансплантации костного мозга в терапии острого лимфобластного лейкоза
Исходы. Отдаленные последствия лечения.
Острые миелоидные лейкозы
Клинико- морфо- иммунологическая классификация острого миелоидного лейкоза и миелодиспластического синдрома
Клинические проявления острого миелоидного лейкоза в зависимости от морфо-иммунологического варианта заболевания
Поражение ЦНС при остром миелоидном лейкозе.
Методы диагностики острого миелоидного лейкоза
Лечение острого миелоидного лейкоза
Рецидивы острого миелоидного лейкоза
Исходы. Отдаленные последствия лечения.
Хронический миелорлейкоз
Клинико-морфологическая классификация хронического миелорлейкоза у детей
Вопросы лечения хронического миелорлейкоза
Результаты лечения и прогноз
Неходжскинские лимфомы
Биологические особенности и классификация
Клиническая, морфологическая и иммунологическая классификация
Клинико- морфо- иммунологические сопоставления (связь с локализацией поражения)
Выраженность общих симптомов интоксикации при различных видах неходжскинских лимфом
Особенности клинического течения различных видов неходжскинских лимфом
Особенности метастазирования при различных видах неходжскинских лимфом
Диагностика

Комплекс диагностических процедур в зависимости от локализации неходжкинских лимфом

Особенности клинических проявлений Т- и В-клеточных лимфом, лимфом из клеток-предшественников.

Программы лечения Т-клеточных лимфом

Программы лечения анапластической крупноклеточной лимфомы

Программы лечения Т-клеточных лимфом из клеток-предшественников

Особенности профилактики поражения ЦНС

Программы лечения В-клеточных лимфом из клеток-предшественников

Программы лечения зрелоклеточных В-клеточных лимфом (Лимфома Беркитта, диффузная В-крупноклеточная, первичная медиастинальная)

Лимфома Ходжкина

Вопросы этиологии и патогенеза

Классификация морфологическая, иммуноморфологическая (современная классификация лимфомы Ходжкина)

Клиника

Локализация опухоли

Характер поражения лимфатических узлов

Характер поражения органов

Симптомы общей интоксикации

Клиническая классификация

Особенности течения заболевания в разных возрастных группах

Диагностика

Лечение

Результаты лечения и прогноз

Вопросы инвалидизации и реабилитации

Опухоли макрофагально-гистиоцитарной системы

Лангергансоклеточный гистиоцитоз

Клинические проявления

Диагностика

Лечение

Результаты лечения и прогноз

Опухоли из дендритных клеток (клиника, диагностика, лечение)

Интердигитирующая саркома из дендритных клеток

Фолликулярная саркома из дендритных клеток

Ювенильная ксантогранулема

Вопросы инвалидизации и реабилитации

Лимфаденопатии

Классификация лимфаденопатий

Этиология и патогенез

Особенности клиники и диагностики

Раздел 4. Опухоли нервной системы

Общая нейроонкология

Эпидемиология и статистика опухолей ЦНС у детей
Основные локализации опухолей ЦНС у детей
Классификация опухолей ЦНС у детей
Первичные и метастатические опухоли ЦНС у детей
Основные клинические проявления опухолей ЦНС у детей
Общемозговые симптомы
Очаговые симптомы
Основные алгоритмы диагностики опухолей ЦНС у детей
Современные подходы к хирургическому лечению опухолей
Технологии хирургического лечения опухолей ЦНС у детей
Летальность
Частная нейроонкология
Глиомы низкой степени злокачественности
Глиомы высокой степени злокачественности
Глиомы ствола мозга
Эпендимома
Лечение эпендимом у детей раннего возраста
Медуллобластома/PNET
Лечение у детей раннего возраста
Исходы (выживаемость)
Эпендимобластома
Опухоли сосудистого сплетения
Краниофарингиома
Нейробластома
Этиология и патогенез
Степень созревания опухоли
Неврологическая симптоматика. Опухоль по типу песочных часов
Диагностика
Лечение
Хирургическое лечение. Паллиативные операции
Осложнения во время
оперативных вмешательств
Результаты лечения и прогноз
Эстеziонейробластома
Клиника. Характерные признаки
Особенности клиники
эстеziонейробластомы у детей
Диагностика и дифференциальная диагностика
Лечение
Хирургическое лечение эстеziонейробластомы
Результаты лечения и
прогноз
Шваннома (доброкачественная и злокачественная)
Клиника. Характерные признаки
Диагностика и дифференциальная диагностика
Хирургическое лечение

Раздел 5. Опухоли мягких тканей.
Доброкачественные опухоли
Клиника, диагностика и лечение
Злокачественные опухоли мягких тканей

Локализация опухолей Орбита и параменингеальные
локализации Локализации в области туловища и конечностей Локализация в
области мочевого пузыря Клинические проявления
Зависимость клинических проявлений от локализации и морфологической
структуры
Общие и местные симптомы
Диагностика
Принципы лечения опухолей мягких тканей
Органосохраняющие операции
Калечащие операции (ампутация, экзартикуляция)
Вопросы инвалидизации и реабилитации

Раздел 6.

Опухоли костей
Доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания костей
Клиника доброкачественных опухолей костей (хондрома, остеома,
osteoblastoma, миксома, фиброма и др.)
Методика комплексного обследования
Лечебная тактика
Диспансерное наблюдение
Злокачественные опухоли костей
Статистика и эпидемиология
Клиническая картина
Клиника злокачественных опухолей костей (остеосаркома, саркома Юинга и
редкие формы)
Диагностика
Лучевые методы исследования
Рентгенологическая семиотика
КТ и МРТ
Радиоизотопная диагностика.
Лабораторные методы.
Пункционная, трепано- и открытая биопсии
Принципы лечения опухолей костей
Хирургическое лечение
Органосохраняющие операции при злокачественных опухолях костей
Калечащие операции (ампутация и экзартикуляция, показания,
противопоказания, методика, осложнения)
Результаты лечения

Раздел 7.

Опухоли почек
Злокачественные опухоли почек Гистологические типы опухолей
Международная классификация опухолей почек
Классификация опухолей почек по TNM и SIOP

Метастазирование и рецидивирование в зависимости от морфологического строения опухоли
Клиника Зависимость клинического течения от морфологического строения опухоли
Зависимость клинических проявлений от локализации опухоли
Особенности течения опухолей почек у детей до 1 года
Клинические проявления билатеральной нефробластомы
Диагностика Лечение Хирургическое лечение Виды и техника оперативного вмешательства
Органосохраняющие операции Эндохирургическое лечение
Особенности хирургического лечения при двусторонних нефробластомах
Особенности хирургического лечения при IV стадии
Результаты лечения и прогноз
Трансплантация почки
Раздел 8.
Опухоли гонад и герминогенные опухоли
Опухоли придатков матки
Опухолевидные образования и доброкачественные опухоли яичников Клиника, диагностика, лечение Злокачественные опухоли яичников Факторы прогноза и группы риска
Классификации (клиническая, гистологическая по TNM и POG/CCG)
Особенности метастазирования Клиника
Зависимость клиники от морфологического строения опухолей Диагностика
Лабораторная диагностика (определение АФП, ХГ, ФСГ, ЛДГ, ингибина, половых гормонов) Эндоскопические методы диагностики Лечение
Хирургическое лечение
Виды операций. Показания и противопоказания Паллиативные операции
Результаты лечения и прогноз
Опухоли влагалища и шейки матки
Предопухолевые заболевания влагалища Клиника, диагностика и лечение
Саркома влагалища и шейки матки
Классификации (клиническая, гистологическая, международная по системе TNM)
Диагностика Значение определения ХГ Лечение Хирургическое лечение
Виды и объем оперативного вмешательства
Результаты лечения и прогноз
Опухоли яичка
Предопухолевые заболевания яичка Роль крипторхизма и травмы яичка в развитии опухоли
Влияние возраста на заболеваемость Закономерности метастазирования
Морфологические формы (зрелая тератома, семинома, тератобластома и др.)
Клиника Зависимость клинической картины от расположения яичка (в паховом канале, мошонке, брюшной полости)
Диагностика Лечение Хирургическое лечение

Результаты лечения и прогноз

Раздел 9.

Опухоли печени.

Гепатобластома

Статистика и эпидемиология Возрастные особенности Этиология

Закономерности метастазирования Клиника Диагностика Лабораторная

диагностика Значение альфа-фетопротеина Биохимические методы

Ультразвуковая диагностика Лучевая диагностика

Радиоизотопные методы Международная классификация по PRETEXT и

POST-TEXT и стадирование Лечение Хирургическое лечение

Операбельность и резектабельность

Результаты лечения и прогноз

Гепатоцеллюлярный рак

Статистика и эпидемиология Возрастные особенности Этиология

Закономерности метастазирования Клиника Диагностика Лабораторная

диагностика Биохимические методы

Ультразвуковая диагностика Лучевая диагностика Радиоизотопные методы

Лечение

Хирургическое лечение Операбельность и резектабельность

Результаты лечения и прогноз

Раздел 10.

Ретинобластома

Доброкачественные опухоли глаза

Классификация, клиника, диагностика, лечение.

Ретинобластома

Морфология. Классификации

Особенности роста и метастазирования Клиника Диагностика

Офтальмологическое обследование Лучевая диагностика Компьютерная

томография МРТ Ультразвуковая диагностика Радиоизотопная диагностика

Новые методы диагностики Стадирование

Стадирование после энуклеации Лечение Хирургическое лечение Виды операций, показания

Лечение двусторонней ретинобластомы Лечение рецидивов Результаты лечения и прогноз

Вопросы инвалидизации и реабилитации Диспансеризация с проведением офтальмоскопического осмотра, исследование глазного дна в раннем детском возрасте

Раздел 11.

Опухоли кожи

Меланома и пигментные невусы

Пигментные невусы как предопухолевые состояния меланомы Клинические формы, особенности течения Понятие о фазе активности невуса Показания к лечению

Меланома Эпидемиология и статистика Биологические особенности

Эндокринные факторы

Травма Течение меланомы в зависимости от локализации и формы роста

Клиника

Особенности клиники в зависимости от локализации. Редкие формы (меланома глаза, прямой кишки) Особенности клиники в зависимости от степени распространенности меланомы

Диагностика Дерматоскопия, эпилюминесцентная микроскопия

Диагностика метастазов Лечение в зависимости от локализации, темпов роста, стадии заболевания и общего состояния Хирургическое лечение Виды операций, показания

Результаты лечения и прогноз Вопросы инвалидизации и реабилитации

Неэпителиальные опухоли кожи

Клиника и диагностика опухолей сосудов кожи (ангиома, гемангиоэпителиома, гемангиоперицитомы, неклассифицированные ангиогенные саркомы, саркома Капоши)

Клиника и диагностика неврогенных опухолей кожи (нейрофиброматоз)

Классификация Лечение неэпителиальных опухолей кожи

Хирургическое лечение. Результаты лечения и прогноз Вопросы инвалидизации и реабилитации

Раздел 12.

Опухоли щитовидной железы

Эпидемиология и статистика Предраковые состояния щитовидной железы

Заболеваемость и смертность Классификации (клиническая, морфологическая, по системе TNM) Закономерности метастазирования

Клиника Диагностика Клиническая диагностика Лабораторная диагностика

Ультразвуковая диагностика Радионуклидная диагностика Лучевая диагностика

Лечение Общие принципы лечения Хирургическое лечение Виды операций и методика

Лучевое лечение Виды, методика, дозы Гормональное лечение

Симптоматическое лечение

Результаты лечения и прогноз

Злокачественные опухоли надпочечников

Эпидемиология и статистика Биологические особенности опухоли

Закономерности метастазирования Классификация гормонально-активных опухолей надпочечника

Клиника Диагностика Лабораторные методы диагностики Значение

исследования гормонального профиля Определение катехоламинов в моче

Лечение Общие принципы лечения Хирургическое лечение Виды операций и методика

Лучевое лечение. Виды, методика, дозы.

Симптоматическая терапия. Результаты лечения и прогноз. Вопросы инвалидизации и реабилитации.

Процедура проведения государственного экзамена:

Обучающийся во время проведения государственного экзамена – выбирает билет с номером задания; время на подготовку не менее 30 минут.

Ответ обучающегося заслушивают не менее двух членов экзаменационной комиссии. Экзаменаторы имеют право задавать обучающемуся уточняющие вопросы, которые вместе с ответами обучающегося заносятся в протокол.

Обучающимся и лицам, привлекаемым к государственной итоговой аттестации, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Нарушения обучающимся учебной дисциплины при проведении государственной итоговой аттестации пресекаются. В этом случае составляется акт о нарушении учебной дисциплины и выставляется оценка «неудовлетворительно».

К нарушениям учебной дисциплины во время государственной итоговой аттестации относятся:

- списывание (в том числе с использованием мобильной связи, ресурсов Интернет, а также литературы и материалов, не разрешенных к использованию на экзамене или зачёте);

- обращение к другим обучающимся за помощью или консультацией при подготовке ответа по билету или выполнении задания;

- прохождение государственной итоговой аттестации лицами, выдающими себя за обучающегося, обязанного сдавать экзамен.

Результаты междисциплинарного государственного экзамена оцениваются по четырехбалльной системе: "отлично", "хорошо", "удовлетворительно", "неудовлетворительно". Оценки "отлично", "хорошо", "удовлетворительно" означают успешное прохождение государственной итоговой аттестации.

Результаты междисциплинарного государственного экзамена объявляются обучающимся в день проведения экзамена после оформления и утверждения протоколов заседания государственной экзаменационной комиссии.

Критерии оценки междисциплинарного государственного экзамена:

- оценка «отлично» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему полное освоение компетенций, предусмотренных программой, системные знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеющему научным языком,

осуществляющему изложение программного материала на различных уровнях его представления, владеющему современными стандартами диагностики, лечения и профилактики заболеваний, основанными на данных доказательной медицины, проявивший творческие способности в понимании и применении на практике содержания обучения;

- оценка «хорошо» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему достаточное освоение компетенций, предусмотренных программой, полное знание программного материала, способному к самостоятельному пополнению и обновлению знаний в ходе дальнейшего обучения и профессиональной деятельности;

- оценка «удовлетворительно» выставляется обучающемуся, продемонстрировавшему недостаточно полное освоение компетенций, предусмотренных программой, обнаружившему достаточный уровень знания основного программного материала, но допустившему погрешности при его изложении;

- оценка «неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, не продемонстрировавшему освоение планируемых компетенций, предусмотренных программой, допустившему при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера.

Перечень рекомендуемой литературы:

Основная литература:

1. Детская онкология: национальное руководство /под ред. М.Д.Алиева, В.Г.Полякова, Г.Л.Менткевича, С.А.Маяковой - М.: Издательская группа РОНЦ, 2012.

2. Детская хирургия: нац. рук. [Текст] : [с прил. на компакт-диске] / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ф. Дронова. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 1165 с.

Дополнительная литература:

1. Соловьев А.Е. Урология детского возраста [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов, врачей-интернов, дет. хирургов и урологов / А. Е. Соловьев ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2015. - 294 с.

2..Соловьев А.Е Детская хирургия. Рязань :РИО УМУ,2016.-236 с.

3..Детская хирургия [Текст] : учеб. для студентов учреждений высш. проф. образования / под ред. Ю.Ф. Исакова, А.Ю. Разумовского. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 1036 с.

4. Порядок оказания паллиативной медицинской помощи детскому населению [Текст] / мед. учреждение "Детский хоспис". - СПб. : Типография М. Фурсова, 2013. - 68 с. - 30-00.

5.Ульрих Г.Э.Лечение хронической боли у детей с онкологическими заболеваниями [Текст] : учеб. пособие для врачей / Г. Э. Ульрих ; мед. учреждение "Детский хоспис". - СПб. : Типография М. Фурсова, 2013. - 31 с. - Библиогр.: С. 29-30. - 20-00.

6.Детский хоспис Санкт-Петербурга: обнимая жизнь [Текст] . - СПб. :

- Типография М. Фурсова, 2013. - 76 с. : ил. - 40-00.
7. Пунанов Ю.А. Детская онкологическая служба в Ленинграде - Санкт-Петербурге [Текст] : ист. очерк / Ю. А. Пунанов, А. П. Малинин, С. А. Сафонова ; мед. учреждение "Детский хоспис". - СПб. : Типография М. Фурсова, 2014. - 51 с. : ил. - 50-00.
8. Рак щитовидной железы: Современные подходы к диагностике и лечению / П. О. Румянцев [и др.]. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 447 с. : ил. - (Б-ка врача-специалиста: Онкология. Эндокринология; Нац. проект "Здоровье"). - Библиогр.: с. 426-447. - ISBN 978-5-9704-1025-7 : 480-00.
9. Бохман Я.В. Лекции по онкогинекологии / Я. В. Бохман. - М. : Мед. информ. агенство, 2007. - 304 с. - Библиогр.: с. 299-303. - ISBN 5-85481-546-0 : 384-00.
10. Каминский Ю.Д. Меланома кожи [Текст] : учеб.-метод. пособие для студентов 4 курса лечеб. фак. по дисц. "Онкология" / Ю. Д. Каминский ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2011. - 64 с. - Библиогр.: С. 64. - 17-68.
11. Филимонов В.Б. Эпидемиология, этиопатогенез и классификация рака почки [Текст] : учеб.-метод. пособие для интернов и клинич. ординаторов по спец. "Хирургия", "Урология", "Онкология" / В. Б. Филимонов, К. В. Пучков, Р. В. Васин ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2011. - 35 с. - Библиогр.: С. 30-35. - 7-20.
12. Хазов П.Д. Основы лучевой маммологии [Текст] : учеб. пособие для врачей рентгенологов / П. Д. Хазов, С. С. Казакова, О. Г. Антонова ; Ряз. гос. мед. ун-т. - Рязань : РИО РязГМУ, 2012. - 90 с. - Библиогр.: С. 88-89. - 18-24.
13. Бородин Ю.И. Руководство по клинической лимфологии [Текст] / Ю. И. Бородин, М. С. Любарский, В. В. Морозов. - М. : ООО "Мед. информ. агенство", 2010. - 208 с. : ил. - Библиогр.: С. 208. - ISBN 978-5-8948-1823-8 : 529-98.
14. Эпителиальные опухоли кожи [Текст] / В. А. Молочков [и др.]. - М. : БИНОМ, 2012. - 224 с. : ил. - Библиогр. в конце гл. - ISBN 978-5-9518-0476-1 : 470-00.
15. Аляев Ю.Г. Оперативное лечение больных опухолью почки: прошлое, настоящее, будущее [Текст] : [моногр.] / Ю. Г. Аляев, П. В. Глыбочко. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2015. - 480 с. - Библиогр.: С. 475-479. - ISBN 978-5-9704-3581-6 : 3600-00.
16. Лучевая диагностика заболеваний костей и суставов: нац. рук. [Текст] / гл. ред. С.К. Терновой. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2016. - 821 с. : ил. - (нац. рук. по лучевой диагностике и терапии). - Предм. указ.: С. 817-821. - ISBN 978-5-9704-3559-5 : 1300-00.
17. Детские болезни [Текст] : учеб. для студентов мед. вузов: С прил. на компакт-диске / под ред. А.А. Баранова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : Изд. группа "ГЭОТАР-Медиа", 2009. - 1006 с. : ил. - Предм. указ.: С. 987-1006. - Библиогр.: С. 983-986. - ISBN 978-5-9704-1116-2 : 920-00.
18. Методические рекомендации по онкологической настороженности для пациентов центров здоровья в Рязанской области [Текст] / Ряз. гос. мед. ун-т; авт.-сост. В.А. Пешков, Л.Б. Филимонова. - Рязань : ООО "Полигр. комплекс "Тигель", 2012. - 15 с. : ил. - 20-00.

Примеры экзаменационных ситуационных задач с эталонами ответов:

Задача 1

При очередном осмотре педиатром в 7 мес у ребёнка выявлены недостаточная прибавка массы тела, сниженный аппетит, нижняя апертура грудной клетки развёрнута, больше слева. При пальпации живота педиатр выявил образование, исходящее из левого забрюшинного пространства, плотное, несмещаемое, с ровными контурами. Родители ребёнка сообщили, что за последние 2–3 нед у ребёнка периодически возникает потливость, температура тела повышается до 37,2–37,5 °С, при этом заложенности носа, чиханья и кашля не было, ребёнок периодически становится возбуждённым, бывает разжиженный стул. При измерении АД получены цифры 110/75 мм рт.ст.

Сформулируйте предположительный диагноз. Какова должна быть тактика участкового педиатра в отношении данного больного? Составьте план обследования больного.

Эталон ответа:

Диагноз: подозрение на опухоль забрюшинного пространства, нейробластому. Показана срочная госпитализация в онкологическое отделение с последующим обследованием: УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенография лёгких, анализ мочи на катехоламины, рутинные анализы крови, костномозговая пункция, биопсия и удаление опухоли.

Задача 2

У ребёнка 12 лет возникли жалобы на тяжесть в правом подреберье. При пальпации педиатр выявил, что край печени выступает из-под правой рёберной дуги на 6 см, край ровный, плотноэластический, закруглён, безболезненный. При УЗИ в правой доле печени без перехода через срединную борозду отмечен гиперэхогенный очаг, занимающий правую долю субтотально. Цвет кожных покровов, мочи и кала у ребёнка не изменён. В биохимическом анализе крови изменений нет. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено.

Сформулируйте предположительный диагноз. Какова тактика участкового педиатра? Составьте примерный план обследования. Каков прогноз у данного больного и от чего он зависит?

Эталон ответа:

Диагноз: подозрение на опухоль печени — гепатоцеллюлярную карциному. Показана госпитализация в онкологическое отделение с последующим обследованием: УЗИ брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, анализ крови на α -фетопротейн, рутинные анализы крови и мочи, ангиография. Показано удаление опухоли. Прогноз благоприятный, так как поражена одна доля и нет метастазов.

Задача 3

В детский травмпункт обратились родители девочки 9 лет. С их слов, девочка поскользнулась на улице и упала на ягодицы. При падении она ощутила боль в

ягодичной области. При попытке самостоятельно встать почувствовала боль в средней трети правого бедра. При осмотре в травмпункте отмечена деформация конечности: отёк средней трети правого бедра и укорочение конечности за счёт бедра. При осторожной пальпации отмечены крепитация и взаимное смещение костных отломков. При рентгенографии отмечен косой перелом диафиза правой бедренной кости со смещением отломков и их захождением друг за друга. Также обращает на себя внимание наличие в диафизе кости очагов деструкции и слоистого периостита.

Сформулируйте предположительный диагноз, составьте план обследования.

Эталон ответа:

Диагноз: подозрение на злокачественную опухоль диафиза бедренной кости — саркому Юинга с патологическим переломом. Показаны наложение задней гипсовой лонгеты и госпитализация в онкологическое отделение. Необходимы рентгенография органов грудной клетки и биопсия опухоли.

Порядок подачи и рассмотрения апелляций:

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии).

Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося,

подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении порядка проведения государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося не подтвердились и (или) не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственной итоговой аттестации обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

В случае принятия решения об удовлетворении апелляции результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные Университетом.

При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного аттестационного испытания апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного аттестационного испытания;

- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного аттестационного испытания.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного аттестационного испытания и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Лист утверждения и согласования

Фонд оценочных средств для государственной итоговой аттестации выпускников по программам подготовки кадров высшей квалификации – программам ординатуры по специальности 31.08.14 детская онкология (общее количество страниц):

1. Утвержден на заседании кафедры

Протокол № _____ от « ____ » _____ 20__ г.

Зав. кафедрой профессор, д.м.н. _____ / А.Е. Соловьев

2. Утверждена на заседании учебно-методической комиссия по программам аспирантуры, ординатуры, магистратуры

Протокол № ____ от « ____ » _____ 20__ г.

Председатель комиссии, доцент, к.м.н. _____ /Л.В. Твердова

3.Согласована с отделом образовательных программ на соответствие макету, учебному плану и наличию сопроводительной документации

Начальник отдела _____ /А.А. Сидоров
подпись

4.Утверждена на заседании учебно-методического совета университета.

Протокол № ____ от ____ _____ 201__ г.

Матрица компетенций, сформированность которых оценивается на государственном экзамене

Номер ситуационной задачи и/или задания/билета	Компетенции
Билет №1	УК-1;ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет№2	УК-1ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет №3	УК-1ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет№4	УК-1ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет №5	УК-1ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет№6	УК-1ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет №7	УК-1ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет№8	УК-1ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет №9	УК-1ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9
Билет№10	УК-1ПК-1, ПК-2, ПК-5,ПК-6, ПК-8,ПК-9

Типовые задания для оценивания результатов сформированности компетенций:

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

001. Преимущественно в детском возрасте встречаются злокачественные опухоли:

1. рак желудка
2. рабдомиосаркома
3. нейробластома
4. рак шейки матки
5. эмбриональный рак яичников
6. рак молочной железы
7. саркома Юинга
8. остеогенная саркома
9. рак прямой кишки
10. нефробластома

002. К особенностям онкопедиатрии относятся:

1. врожденный характер большинства опухолей;
2. связь опухолей и пороков развития;
3. преобладание саркоматозных опухолей;
4. связь опухолей с трансплацентарным воздействием;
5. все перечисленное.

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

1. первое место;
2. второе место;
3. третье место;
4. четвертое место;
5. пятое место.

004. В структуре онкогематологических заболеваний у детей первое место занимает:

1. лейкоз;
2. лимфогранулематоз;
3. лимфосаркома;
4. миелопролиферативные заболевания;
5. парапротеинемический гемобластоз.

005. К «истинным» детским злокачественным опухолям относятся?

1. тератобластома, ретинобластома, нейробластома, рабдомиосаркома.

2. саркома Юинга, синовиальная саркома, хронический лимфолейкоз, лимфосаркома.

3. саркома Юинга, тератобластома, ретинобластома, нейробластома.

4. тератобластома, ретинобластома, нейробластома, лимфосаркома.

5. лимфома Ходжкина, ретинобластома, нейробластома, тератобластома.

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

1. остеогенная саркома и синовиальная саркома;

2. рак щитовидной железы;

3. нейробластома и нефробластома;

007. Основной причиной запущенности онкологических больных в детском возрасте являются:

1. поздняя обращаемость;

2. недооценка и неправильная трактовка клинических и лабораторных данных врачами общей лечебной сети, отсутствие онкологической настороженности;

3. скрытое течение болезни;

4. наличие многочисленных "масок", за которыми скрывается опухоль;

008. К расширенной операции следует относить:

1. удаление опухоли в пределах здоровых тканей;

2. удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарными лимфатическими узлами;

3. удаление опухоли в пределах здоровых тканей совместно с регионарными лимфатическими узлами и всеми доступными лимфатическими узлами в зоне операции;

4. удаление опухоли вместе с регионарными лимфатическими узлами и резекцией или удалением соседнего органа, пораженного опухолью;

009. Возможные операции при нефробластоме I—II стадии:

1. резекция органа;

2. трансперитонеальная нефрурэктомия;

3. энуклеация опухоли;

4. правильно только 1 и 2;

5. все ответы правильны.

010. К сохранным операциям при злокачественных опухолях костей относятся:

1. ампутация конечности;

2. сегментарная резекция кости с замещением трансплантатом;

3. экзартикуляция конечности;

4. клиновидная резекция кости;

011. Абсолютно достоверная интраоперационная диагностика распространенности опухолевого процесса возможна:

1. на основании срочного цитологического исследования материала, взятого во время операции;
2. на основании срочного гистологического исследования биопсийного материала, взятого во время операции;
3. на основании комплексного обследования (пальпация, осмотр, срочное гистологическое исследование);
4. на основании УЗИ данных;
5. нет абсолютно достоверных методов.

012. К доброкачественным опухолям молочных желез относятся:

1. диффузная фиброзно-кистозная мастопатия;
2. узловая фиброзно-кистозная мастопатия;
3. фиброаденома;
4. все перечисленные;

013. Саркома Юинга может метастазировать:

1. гематогенным путем;
2. лимфогенным путем;
3. смешанным (лимфогенным + гематогенным) путем;
4. тканевой (имплантационный);
5. не метастазирует.

014. При определении анатомической распространенности заболевания классификация TNM основывается на данных следующих видов обследования:

1. клинического;
2. инструментального;
3. патогистологического;
4. хирургического вмешательства;
5. все ответы правильны.

015. К лимфатическим структурам (в соответствии с классификацией Ann Arbor) относятся:

1. лимфатические узлы, селезенка, тимус;
2. лимфатический аппарат глоточного (вальдейерова) кольца;
3. аппендикс;
4. пейеровы бляшки;
5. все перечисленные выше структуры.

016. Наименее зрелая нейрогенная опухоль у детей:

1. ганглионеврома;
2. ганглионейробластома;
3. симпатогониома;

4. симпатобластома;
5. хемодектома.

017. Наиболее зрелая нейрогенная опухоль у детей:

1. ганглионеврома;
2. ганглионейробластома;
3. симпатогониома;
4. симпатобластома;
5. хемодектома.

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

1. аденовирус;
2. вирус Эпштейна — Барр (возбудитель инфекционного мононуклеоза);
3. Рарова-вирус;
4. вирус из группы вирусов оспы;

019. К наследственно детерминированным могут быть отнесены опухоли:

1. рабдомиосаркома;
2. ретинобластома;
3. острый лимфобластный лейкоз;
4. лимфосаркома;

020. Впервые предложил теорию трансплацентарного бластомогенеза:

1. Конгейм;
2. Фишер—Вазельс;
3. Пеллер;
4. Кнудсон;
5. Уорнер.

021. Особенности, связанные с лечением детей со злокачественными опухолями:

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

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

1. астроцитомы;
2. медуллобластома;
3. эпендимомы;

4. краниофарингиома;
5. ганглиосаркома.

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

1. головная боль;
2. рвота,
3. застойные диски зрительных нервов;
4. судороги;

024. Наиболее часто встречаются следующие формы рака щитовидной железы у детей:

1. папиллярный рак;
2. фолликулярный рак;
3. смешанная форма;
4. медуллярный;

025. Рак щитовидной железы чаще встречается у детей в возрасте:

1. до 1 года;
2. 2-5 лет;
3. 7-10 лет;
4. 12-15 лет;
5. 15 -18 лет.

026. Наиболее характерный симптом рака щитовидной железы:

1. боль;
2. затрудненное дыхание;
3. наличие пальпируемой опухоли;
4. общий опухолевый симптомокомплекс;
5. першение в горле.

027. Наиболее частыми симптомами рака щитовидной железы у детей являются:

1. затрудненное дыхание;
2. охриплость голоса;
3. асимметрия шеи;
4. болевые ощущения;
5. повышение температуры тела.

028. Наиболее информативный метод диагностики рака щитовидной железы у детей:

1. УЗИ;
2. КТ;
3. аспирационная биопсия опухоли;
4. радиоизотопное исследование;

5. ангиография.

029. Наиболее часто гепатобластомы встречаются в возрасте:

1. до 2 лет;
2. после 2 лет;
3. после 10 лет;
4. после 15 лет;
5. после 18 лет.

030. Гепатоцеллюлярный рак наиболее часто встречается в возрасте:

1. до 2 лет;
2. после 5 лет;
3. не встречается у детей;
4. наблюдается редко;
5. после 12 лет.

031. Ведущим симптомом при опухолях печени у детей является:

1. увеличение печени;
2. желтуха;
3. кахексия;
4. боль в животе;
5. развитая подкожная венозная сеть.

032. Для злокачественных опухолей печени наиболее характерны:

1. гипертромбоцитоз;
2. гиперхолестеринемия;
3. повышение концентрации альфа-глобулинов;
4. снижение общего белка;
5. все ответы правильны.

033. Метастатическое поражение печени чаще наблюдается при:

1. нефробластоме;
2. нейробластоме;
3. опухолях костей;
4. опухолях мягких тканей;
5. опухолях лёгких.

034. Перфорации кишечной стенки при лимфосаркоме толстой кишки способствуют:

1. повышенное давление в просвете кишки;
2. распад опухоли;
3. трофические нарушения в стенке кишки;
4. травматизация стенки кишки;

035. Наиболее часто нейрогенные опухоли встречаются у детей в возрасте:

1. до 1 года;
2. 2-4 года;
3. 5-8 лет;
4. 9-15 лет;
5. старше 15 лет.

036. Наиболее частая локализация нейробластомы у детей:

1. забрюшинное пространство;
2. средостение;
3. область шеи;
4. малый таз;

037. Забрюшинной нейробластоме свойственны:

1. быстрый рост;
2. раннее метастазирование;
3. выход за пределы капсулы с прорастанием окружающих органов и тканей;
4. все перечисленное;

038. Нейробластома метастазирует в:

1. костный мозг, кости;
2. лимфатические узлы;
3. легкие;
4. печень;
5. все перечисленное

039. При пальпации забрюшинная нейрогенная опухоль:

1. неподвижная, бугристая, переходит среднюю линию живота;
2. подвижная, гладкая, пальпируется в нижних отделах живота;
3. умеренно подвижная, плотноэластическая, не переходит среднюю линию живота;
4. умеренно подвижная, мелкобугристая, эластической консистенции, пальпируется в эпигастральной области;

040. Признак, патогномоничный для нейробластомы у детей:

1. высокий уровень эмбрионального альфа-фетопротейна;
2. высокий уровень катехоламинов в моче;
3. высокий уровень глюкозы в крови;
4. "сосудистые звездочки" на коже;
5. макрогематурия.

041. Основным методом установочной диагностики при забрюшинных нейробластомах являются:

1. аортография;

2. УЗИ;
3. радионуклидные исследования;
4. определение экскреции катехоламинов в моче;
5. исследование костного мозга.

042. Поражение по типу "песочных часов у детей свойственно опухолям ":

1. Нефробластоме.
2. Нейробластоме.
3. Гепатобластоме.
4. Дисгерминоме яичника.

043. Программа обследования новорожденного 5 дней с синдромом пальпируемой опухоли включает:

1. Обзорную рентгенографию брюшной полости
2. Клинический осмотр
3. УЗИ
4. Клинические и биохимические анализы
5. Экскреторную урографию
6. Компьютерную томографию
7. Лапароскопию

044. ПРИ СИНДРОМЕ ПАЛЬПИРУЕМОЙ ОПУХОЛИ У РЕБЕНКА 21 ДНЯ

ПАТОЛОГИЯ

1. опухоль Вильмса
2. гематома надпочечника
3. тератома
4. поликистоз
5. гидронефроз

ТАКТИКА

- а. нефрэктомия
- б. симптомамическое
- в. дренирование
- г. удаление образования
- д. наблюдение
- е. сегментарная резекция
- ж. реконструктивная операция

045. Наиболее часто встречающиеся опухоли яичников:

1. герминогенные;
2. рак;
3. опухоли стромы полового тяжа;
4. медуллярные опухоли;

046. У детей чаще встречаются:

1. лейомиосаркома;
2. рабдомиосаркома;
3. карциносаркома;
4. эндометриальная саркома;
5. встречаются примерно одинаково.

047. Раннее клиническое проявление рабдомиосаркомы половых органов у девочек:

1. боль в животе;
2. гроздевидные разрастания во влагалище;
3. выделения из влагалища;
4. изменение цвета кожи вокруг влагалища;

048. Характер боли при опухолях яичников:

1. острая;
2. постоянная;
3. периодически возникающая;
4. сильнейшая, пульсирующая;
5. бывает разный характер боли.

049. Для тератоидных опухолей яичников наиболее характерна форма живота:

1. шаровидная, овальная, симметричная;
2. бугристая, выбухания в различных участках живота;
3. все перечисленное;
4. форма не изменена;

050. Дисгерминоме яичника свойственны симптомы:

1. видимое на глаз увеличение живота;
2. тупые, тянущие боли внизу живота;
3. учащенное мочеиспускание;
4. расстройство менструального цикла;
5. все перечисленное.

051. Для диагностики злокачественной опухоли яичников решающим методом является:

1. ультразвуковое исследование;
2. компьютерная томография;
3. лапароскопия;
4. гистологическое исследование;
5. радиоизотопное сканирование.

052. Объем оперативного вмешательства при злокачественной опухоли яичника:

1. клиновидная резекция опухоли;
2. экстирпация матки с придатками;
3. удаление опухоли с резекцией большого сальника;
4. зависит от возраста женщины;
5. все ответы правильны.

053. Оптимальный доступ при опухолях яичников:

1. срединный;
2. разрез Пфанненштиля;
3. нижнесрединный;
4. разрез Фёдорова;

054. Характеристика нефробластомы при пальпации опухоли:

1. поверхность гладкая, реже крупнобугристая;
2. поверхность мелкобугристая;
3. малоподвижная;
4. неподвижная;
5. консистенция эластическая;
6. консистенция плотная.

055. Ранними клиническими признаками нефробластомы являются:

- 1) небольшая бледность кожных покровов;
- 2) отсутствие аппетита;
- 3) гематурия;
- 4) анемия;
- 5) субфебрилитет.

056. Поздними клиническими признаками нефробластомы являются:

1. бледность кожных покровов;
2. наличие пальпируемой опухоли в животе;
3. вялость, выраженная слабость;
4. отсутствие аппетита;
5. все ответы правильны.

057. Нефробластому необходимо дифференцировать с:

1. опухоли забрюшинного пространства;
2. гидронефроз;
3. лимфосаркомы брюшной полости;
4. спленомегалия;
5. все ответы правильны.

058. Основной метод лечения нефробластомы у детей:

1. химиотерапия;
2. лучевая терапия;
3. хирургическое лечение;
4. комбинированное лечение;
5. комплексное лечение.

059. Сроки диспансерного наблюдения детей с нефробластомой после окончания радикального лечения составляют:

1. 1,5 года;
2. 2 года;
3. 3 года;
4. 5 лет;
5. более 5 лет.

060. Первые признаки гемангиомы проявляются в виде

1. небольшого красного пятна
2. пигментного образования
3. обширной опухоли

061. Возраст особо интенсивного роста гемангиомы:

1. первое полугодие жизни
2. после года
3. в 7-10 лет
4. у взрослых

062. Методы лечения гемангиом:

1. полихимиотерапия
2. радиотерапия
3. криогенное
4. хирургическое
5. склерозирующее
6. гормональное

063. Чаще лимфангиомы локализуются в области:

1. головы
2. конечностей
3. подмышечной
4. подчелюстной
5. спины
6. средостения

064. Дифференциальный диагноз лимфангиом проводят с:

1. нейрофибромами
2. невусами
3. липомами
4. спинно-мозговыми грыжами
5. тератомами
6. кистами шеи

065. В клинической картине феохромоцитомы преобладают:

1. опухолевый симптомокомплекс;

2. местные проявления опухоли (сдавление окружающих тканей, сосудов, органов, болевой синдром);
3. симптомы гормональных нарушений;
4. чаще бессимптомна.
5. всё перечисленное.

066. Наиболее частыми причинами артериальной гипертензии у детей являются:

1. патология почек (острый и хронический нефрит, сужение почечных артерий, гидронефроз, поликистоз);
2. патология сердечно-сосудистой системы (коарктация аорты, аортальная недостаточность);
3. эссенциальная гипертензия;
4. адреногенитальный синдром;
5. феохромоцитома.

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

1. рак мочевого пузыря;
2. рабдомиосаркома мочевого пузыря;
3. папилломатоз;
4. полип;
5. аденоматоз.

068. Ранние клинические проявления злокачественной опухоли мочевого пузыря у детей:

1. острая задержка мочи;
2. изменения в моче (лейкоциты, эритроциты);
3. боль в животе;
4. пальпируемая опухоль;
5. правильно 1, 3.

069. Основной метод, подтверждающий диагноз злокачественной опухоли мочевого пузыря у детей:

1. цистоскопия с биопсией;
2. цистография;
3. лапароскопия;
4. урография;

070. Среди злокачественных опухолей яичка чаще встречается:

1. эмбриональная карцинома;
2. рабдомиосаркома;
3. семинома;
4. лейомиосаркома;
5. злокачественная опухоль гонадной стромы.

071. Решающим методом диагностики при опухолях яичка является:

1. УЗИ;
2. компьютерная томография;
3. определение эмбрионального альфа-фетопротеина;
4. морфологический анализ пунктата из опухоли;

072. Меланома кожи относится к опухолям:

1. нейроэктодермальной природы;
2. эктодермальной природы;
3. мезенхимальной природы;
4. дисэмбриональной природы;

073. Ведущим методом диагностики меланомы кожи является:

1. радиофосфорная проба;
2. лучевая меланурия;
3. термография;
4. морфологический метод;
5. биологический.

074. Клинически заподозрить наличие меланомы кожи можно по следующим признакам:

1. гиперпигментация;
2. асимметрии невоидного образования;
3. бурный темп роста опухоли;
4. выпадение волос при волосатомневусе;
5. все ответы правильны.

075. Наличие дочерних пигментных включений на коже вокруг меланомы указывает на:

1. местную распространенность процесса;
2. наличие дополнительных новообразований;
3. рецидив меланомы;
4. диссеминацию процесса;

076. Метастазы меланомы возможны в следующие органы:

1. печень;
2. легкие;
3. лимфатические узлы;
4. кожу и подкожный жировой слой;
5. все ответы правильны.

077. Ведущим методом лечения меланомы кожи является:

1. хирургический;

2. лучевая терапия;
3. комбинированный;
4. электрокоагуляция;
5. абляция.

078. Остеогенная саркома наиболее часто встречается в возрасте:

1. до 2 лет;
2. от 2 до 10 лет;
3. старше 10 лет;
4. старше 12 лет;
5. старше 15.

079. Наиболее характерными клиническими проявлениями остеогенной саркомы у детей являются:

1. боль при ходьбе;
2. "ночные боли";
3. повышение температуры тела;
4. парестезии в конечностях;

080. Типичной локализацией остеогенной саркомы является:

1. диафиз трубчатой кости;
2. метаэпифизарная зона кости;
3. плоские кости;
4. эпифиз плечевой кости;
5. правильного ответа нет.

081. Остеогенная саркома метастазирует в:

1. паховые лимфатические узлы;
2. плоские кости;
3. легкие;
4. кости;
5. мозг.

082. Рентгенологические изменения при остеогенной саркоме проявляются:

1. литическая деструкция
2. бластическая деструкция
3. смешанная деструкция
4. однослойный периостальный козырек
5. симптом "луковичной кожуры"
6. наличие мягкотканного компонента

083. Рентгенологические изменения при саркоме Юинга проявляются:

1. литическая деструкция
2. бластическая деструкция

3. смешанная деструкция
4. однослойный перистальный козырек
5. симптом "луковичной кожуры"
6. наличие мягкотканного компонента

084. Ранними симптомами для рабдомиосаркомы мочевого пузыря являются:

1. гематурия;
2. пиурия;
3. дизурические явления;
4. болезненность при мочеиспускании;
5. острая задержка мочи.

085. Гемобластозы — опухоли кроветворной системы включают:

1. лейкозы;
2. лимфосаркомы;
3. лимфогранулематоз;
4. все перечисленное;

086. Наиболее частый вид лейкозов у детей:

1. острый лимфобластный лейкоз;
2. острый нелимфобластный лейкоз;
3. хронический миелолейкоз;
4. хронический лимфолейкоз;
5. правильного ответа нет.

087. Изменения в анализе крови при остром лимфобластном лейкозе у детей:

1. Анемия.
2. Тромбоцитопения.
3. Увеличение СОЭ.
4. Лейкопения.
5. Лейкоцитоз.
6. Лимфоцитоз.
7. Бластоз.

088. Система или орган, которому присуще наиболее частое поражение при остром лейкозе:

1. яичко;
2. нервная система;
3. глаза;
4. кожа;
5. мочевыводящая система;
6. пищеварительная система;
7. дыхательная система.

089. Назовите наиболее характерные клинические проявления хронического миелолейкоза:

1. спленомегалия;
2. гиперлейкоцитоз;
3. нарастающая интоксикация — общая слабость, утомляемость, потеря массы тела, лихорадка;
4. все перечисленные;

090. Возрастной пик заболевания детей лимфосаркомой:

1. до 1 года;
2. 5—9 лет;
3. 10-15 лет;
4. старше 15 лет;

091. Солидные злокачественные опухоли у детей чаще имеют происхождение:

1. мезенхимальное
2. эпителиальное

092. Установить соответствие

ВИД ОПУХОЛИ

1. остеогенная саркома
2. саркома Юинга

ЛОКАЛИЗАЦИЯ

- а. диафизы длинных трубчатых костей
- б. метафизы длинных трубчатых костей
- в. эпифизы длинных трубчатых костей
- г. крупные суставы
- д. мелкие суставы

093. Причиной возникновения боли при саркомах костей является:

1. повышение давления в костно-мозговом канале
2. разрушение опухолью кортикального слоя
3. вовлечение в процесс надкостницы
4. врастание опухоли в мягкие ткани

094. Канцерогенными для человека производственными процессами являются:

1. работа с асбестом, сажей, производство резины;
2. работа с мышьяком, никелем, хромом и их соединениями;
3. работа в деревообрабатывающей и мебельной промышленности;
4. правильны ответы 1 и 2;
5. все ответы правильны.

095. К физическим канцерогенным факторам относятся:

1. ионизирующая радиация;
2. ультрафиолетовые лучи;

3. вибрация;
4. повышенное атмосферное давление;

096. Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению:

1. рака кожи;
2. рака легкого;
3. рака желудка;
4. нет правильного ответа;
5. правильный ответ 1, 2.

097. Наиболее устойчива к онкогенному действию ультрафиолетового излучения кожа:

1. не содержащая пигмента;
2. содержащая незначительное количество пигмента;
3. сильно пигментированная;
4. содержание пигмента не оказывает влияния;
5. правильного ответа нет.

098. Из перечисленных синдромов и пороков развития представляют повышенный риск для возникновения опухолей у детей?

1. Аниридия.
2. Гемигипертрофия.
3. Пороки развития мочеполовой системы.
4. Синдром Гарднера.
5. Все перечисленное.

099. Самая частая первичная локализация лимфосаркомы у детей в общей популяции больных:

1. периферические лимфатические узлы;
2. глоточное кольцо;
3. мягкие ткани;
4. брюшная полость;
5. средостение.

100. Симптом не типичен для лимфогранулематоза:

1. Увеличение селезенки.
2. Увеличение лимфатических узлов.
3. Ложный зуд.
4. Повышение температуры.
5. Значительный лейкоцитоз с лимфоцитозом.

1. 2,3,5,7,8,10	35.-2	69-1
2. -5	36.-2	70-1
3. -2	37.-4	71-4
4. -1	38.-5	72-1
5. -1	39.-1	73-4
6. -3	40.-2	74-5
7. -2	41.-2	75-4
8. -3	42.-2	76-5
9. -4	43-2,3,4	77-1
10.-2	44-1а;2в;3г;4б;5д	78-3
11.-3	45-1	79-2
12.-3	46-2	80-2
13.-3	47-3	81-3
14.-5	48-1	82-1,2,3,4,6
15.-5	49-1	83-1,5,6
16.-3	50-5	84-3
17.-1	51-3	85-4
18.-1,2	52-3	86-3
19.-2	53-1	87-1,2,3,6
20.-4	54-1,3,5	88-1,2,3,4
21.-5	55-1,2,4	89-1
22.-2	56-5	90-4
23.-2,3	57-5	91-1
24.-1	58-5	92-1б;2а
25.-4	59-3	93-3
26.-3	60-1	94-5
27.-3	61-1	95-1,2
28.-3	62-3,4,5,6	96-1
29.-1	63-3,4	97-3
30.-2	64-3,4,5,6	98-5
31.-1	65-3	99-1
32.-5	66-5	100-5
33.-1	67-2	
34.-1	68-2	

Ситуационные задачи

ЗАДАЧА 1

К вам обратился мальчик 11 лет с жалобами на хромоту, постепенно нарастающие боли в области правого коленного сустава, чаще беспокоящие ночью. Болен в течение 4 нед. При осмотре в дистальном отделе бедренной кости выявлено опухолевое образование, не смещаемое, плотное, умеренно болезненное при пальпации. Окружность правого бедра на уровне максимального размера опухоли больше левого на 3 см.

Температура тела нормальная. Анализ крови: Нб 96 г/л, лейкоциты $6,5 \times 10^9$ /л, СОЭ 56 мм/ч.

Ваш предварительный диагноз, план обследования и лечения?

ОТВЕТ

Диагноз: подозрение на злокачественную опухоль кости. Показаны рентгенография бедренной кости и органов грудной клетки, биопсия опухоли. В план лечения включают химиотерапию, радикальную хирургическую операцию в условиях специализированного стационара.

ЗАДАЧА 2

К участковому врачу за советом обратились родители девочки 13 лет. У ребёнка в правой лопаточной области определяется невус 4 мм в диаметре, тёмной окраски, с ровными краями, возвышающийся над кожей. На поверхности невуса заметна присохшая корка тёмного цвета. Из-за постоянной травматизации одеждой невус периодически кровоточит. На коже спины ребёнка определяются ещё три аналогичных образования: два в поясничной области и одно в левой лопаточной области.

Родители задают вопрос: как следует поступать с данной «родинкой»? Если её «тронуть» (удалить), не приведёт ли это к раку? Если всё же удалять, отдать предпочтение иссечению скальпелем или криолазерной хирургии?

ОТВЕТ

Показано радикальное удаление скальпелем в пределах здоровых тканей с последующим гистологическим исследованием.

ЗАДАЧА 3

Вы, участковый педиатр, вызваны к ребёнку 1,5 лет по поводу высокой температуры тела. Родители также пожаловались на асимметрию живота ребёнка, случайно обнаруженную ими. При осмотре: лихорадка до 38 °С, нос заложен, гиперемия ротоглотки. При аускультации грудной клетки дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. При пальпации живота в его левой половине выявлено объёмное образование плотно-эластической консистенции, мало смещаемое, с ровными контурами. Стул и мочеиспускание не нарушены.

Ваш предположительный диагноз, план обследования? Какова тактика участкового врача?

ОТВЕТ

Диагноз: синдром пальпируемой опухоли. Возможны нефробластома, нейробластома, саркома мягких тканей, тератома, гидронефроз. Показаны УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, радиоизотопное исследование. Дальнейшее обследование и лечение зависят от первичного диагноза.

ЗАДАЧА 4

В отделение областной детской больницы поступил ребёнок 5 мес, у которого случайной находкой при УЗИ стала опухоль левой почки. После обследования (УЗИ, экскреторная урография, рентгенография органов грудной клетки) установлен диагноз: нефробластома слева, I стадия.

Ваша тактика?

ОТВЕТ

Показана нефроуретерэктомия из срединного лапаротомного доступа.

ЗАДАЧА 5

При очередном осмотре педиатром в 7 мес у ребёнка выявлены недостаточная прибавка массы тела, сниженный аппетит, нижняя апертура грудной клетки развёрнута, больше слева. При пальпации живота педиатр выявил образование, исходящее из левого забрюшинного пространства, плотное, несмещаемое, с ровными контурами. Родители ребёнка сообщили, что за последние 2–3 нед у ребёнка периодически возникает потливость, температура тела повышается до 37,2–37,5 °С, при этом заложенности носа, чиханья и кашля не было, ребёнок периодически становится возбуждённым, бывает разжиженный стул. При измерении АД получены цифры 110/75 мм рт.ст.

Сформулируйте предположительный диагноз. Какова должна быть тактика участкового педиатра в отношении данного больного? Составьте план обследования больного.

ОТВЕТ

Диагноз: подозрение на опухоль забрюшинного пространства, нейробластому. Показана срочная госпитализация в онкологическое отделение с последующим обследованием: УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, рентгенография лёгких, анализ мочи на катехоламины, рутинные анализы крови, костномозговая пункция, биопсия и удаление опухоли.

ЗАДАЧА 6

У ребёнка 12 лет возникли жалобы на тяжесть в правом подреберье. При пальпации педиатр выявил, что край печени выступает из-под правой рёберной дуги на 6 см, край ровный, плотноэластический, закруглён, безболезненный. При УЗИ в правой доле печени без перехода через срединную борозду отмечен гиперэхогенный очаг, занимающий правую долю субтотально. Цвет кожных покровов, мочи и кала у ребёнка не изменён.

В биохимическом анализе крови изменений нет. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено.

Сформулируйте предположительный диагноз. Какова тактика участкового педиатра? Составьте примерный план обследования. Каков прогноз у данного больного и от чего он зависит?

ОТВЕТ

Диагноз: подозрение на опухоль печени — гепатоцеллюлярную карциному. Показана госпитализация в онкологическое отделение с последующим обследованием: УЗИ брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, анализ крови на α -фетопротеин, рутинные анализы крови и мочи, ангиография. Показано удаление опухоли. Прогноз благоприятный, так как поражена одна доля и нет метастазов.

ЗАДАЧА 7

В детский травмпункт обратились родители девочки 9 лет. С их слов, девочка поскользнулась на улице и упала на ягодицы. При падении она ощутила боль в ягодичной области. При попытке самостоятельно встать почувствовала боль в средней трети правого бедра. При осмотре в травмпункте отмечена дефигурация конечности: отёк средней трети правого бедра и укорочение конечности за счёт бедра. При осторожной пальпации отмечены крепитация и взаимное смещение костных отломков. При рентгенографии отмечен косой перелом диафиза правой бедренной кости со смещением отломков и их захождением друг за друга. Также обращает на себя внимание наличие в диафизе кости очагов деструкции и слоистого периостита.

Сформулируйте предположительный диагноз, составьте план обследования.

ОТВЕТ

Диагноз: подозрение на злокачественную опухоль диафиза бедренной кости — саркому Юинга с патологическим переломом. Показаны наложение задней гипсовой лонгеты и госпитализация в онкологическое отделение. Необходимы рентгенография органов грудной клетки и биопсия опухоли.

ЗАДАЧА 8

Мальчик 7 лет госпитализирован в педиатрический стационар со следующими жалобами: похудание, слабость, рассеянные боли в костях. При осмотре выявлена бледность кожных покровов, пальпаторно кости не изменены, отмечены болезненность при пальпации обоих бёдер и ограничение активных и пассивных движений в обоих коленных и тазобедренных суставах. В анализе крови отмечен гиперлейкоцитоз за счёт бластных форм, сплошь покрывающих поля зрения. При рентгенограммах обоих бёдер отмечены деструктивные изменения дистальных метадиафизов бедренных костей с образованием козырьков Кодмана.

Ваш предположительный диагноз, план обследования? Какие исследования способны помочь поставить диагноз?

ОТВЕТ

Диагноз: лейкоз с вторичным поражением костей скелета. Показана костномозговая пункция.

ЗАДАЧА 9

К участковому педиатру обратилась мать девочки 13 мес с жалобами на ухудшение навыков ходьбы: девочка уверенно ходит с 11 мес, но 2 нед назад стала падать, 2 дня назад перестала ходить и стоять на ногах. Одновременно утрачен навык пользования горшком: ребёнок осуществляет физиологические отправления только в «памперс». Других жалоб нет. При осмотре педиатр грубой патологии не выявил. Ребёнок был осмотрен невропатологом. Заключение: нижний вялый парапарез, нарушение функций тазовых органов.

Ваш предположительный диагноз, план обследования, лечение?

ОТВЕТ

Диагноз: подозрение на нейробластому с прорастанием в спинномозговой канал и поражением проводящих путей. Показаны рентгенография органов грудной клетки и УЗИ брюшной полости. Лечение: радикальная операция.

ЗАДАЧА 10

Родители ребёнка 4 лет случайно при переодевании выявили у него в области живота опухолевидное образование. При обследовании в стационаре выявлены чёткие ультразвуковые признаки опухоли, исходящей из правой почки, полностью замещающей почечную ткань, а также признаки аналогичного поражения верхнего полюса левой почки. При экскреторной урографии выявлены «немая» почка справа и «ампутация» чашечек верхнего сегмента левой почки. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено.

Ваш предположительный диагноз, план обследования и лечения?

ОТВЕТ

Диагноз: подозрение на двустороннюю нефробластому V стадии. Показаны химиотерапия, удаление правой почки и иссечение опухоли слева.



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 1
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**
по дисциплине «Детская онкология»
по специальности 31.08.14 детская онкология
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. История развития онкологической помощи детям в России и за рубежом. Этапы развития детской онкологии.
2. Лимфаденопатии. Классификация лимфаденопатий. Этиология и патогенез. Особенности клиники и диагностики.

Клинический кейс.

Больной 11 лет доставлен в приёмное отделение хирургической клиники машиной скорой помощи с направляющим диагнозом «Синдром отёчной мошонки». Самочувствие больного не страдает, жалобы на умеренные боли в правом яичке, увеличение его в размерах в течение 2 нед. Травму паховой области ребёнок отрицает, температура тела нормальная. При осмотре правая половина мошонки увеличена в размерах, пальпируется увеличенное до 5×3 см плотное, умеренно болезненное яичко, придаток яичка не изменён. При диафаноскопии увеличенное яичко свет не пропускает. При сборе анамнеза жизни установлено, что ранее больной страдал острым лейкозом, противоопухолевое лечение завершено 3 года назад.

Вопрос: Каков ваш предположительный диагноз? Какова должна быть тактика дежурного хирурга?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 2
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

по дисциплине «Детская онкология»
по специальности 31.08.14 детская онкология
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Клиника доброкачественных опухолей костей (хондрома, остеома, остеобластокластома, миксома, фиброма.) Методика комплексного обследования. Лечебная тактика. Диспансерное наблюдение
2. Роль медицинской психологии в практической работе врача - детского онколога.

Клинический кейс.

У ребёнка, рождённого с массой тела 3200 г, в крестцово-ягодичной области обнаружено опухолевидное образование размером с головку ребёнка. Пальпаторно плотные участки чередуются с кистозными включениями. Кожа без воспалительных явлений, истончена. Анальный сфинктер смещён опухолью. Меконий отошёл, ребёнок мочился.

Вопрос: Ваш предварительный диагноз? План обследования? Тактика лечения.

Ректор

Р.Е. Калинин



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 3
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ
по дисциплине «Детская онкология»
по специальности 31.08.14 детская онкология
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Лейкозы. Этиология и факторы риска. Классификация лейкозов. Острые лимфобластные лейкозы. Основные клинические проявления острого лимфобластного лейкоза (основные синдромы заболевания).
2. Пигментные невусы как предопухолевые состояния меланомы. Клинические формы, особенности течения. Понятие о фазе активности невуса. Показания к лечению.

Клинический кейс.

К вам обратился мальчик 11 лет с жалобами на хромоту, постепенно нарастающие боли в области правого коленного сустава, чаще беспокоящие ночью. Болен в течение 4 нед. При осмотре в дистальном отделе бедренной кости выявлено опухолевое образование, не смещаемое, плотное, умеренно болезненное при пальпации. Окружность правого бедра на уровне максимального размера опухоли больше левого на 3 см. Температура тела нормальная. Анализ крови: Hb 96 г/л, лейкоциты $6,5 \times 10^9$ /л, СОЭ 56 мм/ч.
Вопрос: Ваш предварительный диагноз? План обследования? Тактика лечения?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 4
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

по дисциплине «Детская онкология»
по специальности 31.08.14 детская онкология
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Особенности онкологии детского возраста. Частота встречаемости различных новообразований, теории возникновения, особенности клинического течения, диагностики и современных методов лечения, реабилитация, диспансерное наблюдение.
2. Гепатобластома. Возрастные особенности. Этиология. Закономерности метастазирования. Клиника, диагностика. Ультразвуковая диагностика Хирургическое лечение. Операбельность и резектабельность. Результаты лечения и прогноз

Клинический кейс.

Родители ребёнка 4 лет случайно при переодевании выявили у него в области живота опухолевидное образование. При обследовании в стационаре выявлены чёткие ультразвуковые признаки опухоли, исходящей из правой почки, полностью замещающей почечную ткань, а также признаки аналогичного поражения верхнего полюса левой почки. При экскреторной урографии выявлены «немая» почка справа и «ампутация» чашечек верхнего сегмента левой почки. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено.

Вопрос: Ваш предварительный диагноз? План обследования? Тактика лечения?

Ректор

Р.Е. Калинин



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 5
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

по дисциплине «Детская онкология»
по специальности 31.08.14 детская онкология
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Предопухолевые заболевания яичка. Роль крипторхизма и травмы яичка в развитии опухоли. Морфологические формы (зрелая тератома, семинома, тератобластома). Зависимость клинической картины от расположения яичка (в паховом канале, мошонке, брюшной полости). Диагностика, лечение. Результаты лечения и прогноз
2. Лимфома Ходжкина. Вопросы этиологии и патогенеза, современная классификация лимфомы Ходжкина. Клиника, особенности течения заболевания в разных возрастных группах. Диагностика, лечение

Клинический кейс.

У ребёнка 12 лет возникли жалобы на тяжесть в правом подреберье. При пальпации педиатр выявил, что край печени выступает из-под правой рёберной дуги на 6 см, край ровный, плотноэластический, закруглён, безболезненный. При УЗИ в правой доле печени без перехода через срединную борозду отмечен гиперэхогенный очаг, занимающий правую долю субтотально. Цвет кожных покровов, мочи и кала у ребёнка не изменён. В биохимическом анализе крови изменений нет. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено.

Вопрос: Ваш предварительный диагноз? План обследования? Тактика лечения?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования**

**«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»**

**Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 6
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

по дисциплине «Детская онкология»
по специальности 31.08.14 детская онкология
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Злокачественные опухоли яичников. Факторы прогноза и группы риска
Классификации. Особенности метастазирования. Клиника, диагностика,
хирургическое лечение.
2. Эпидемиология и статистика опухолей ЦНС у детей. Основные
локализации, клинические проявления. Алгоритмы диагностики,
современные подходы к хирургическому лечению опухолей.

Клинический кейс.

К участковому педиатру обратилась мать девочки 13 мес. с жалобами на ухудшение навыков ходьбы: девочка уверенно ходит с 11 мес., но 2 нед. назад стала падать, 2 дня назад перестала ходить и стоять на ногах. Одновременно утрачен навык пользования горшком: ребёнок осуществляет физиологические отправления только в «памперс». Других жалоб нет. При осмотре педиатр грубой патологии не выявил. Ребёнок был осмотрен невропатологом. Заключение: нижний вялый парапарез, нарушение функций тазовых органов.

Вопрос: Ваш предварительный диагноз? План обследования? Тактика лечения?

Ректор

Р.Е. Калинин



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 7
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

по дисциплине «Детская онкология»
по специальности 31.08.14 детская онкология
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Нейробластома. Этиология и патогенез. Степень созревания опухоли. Неврологическая симптоматика. Опухоль по типу песочных часов. Диагностика, лечение.
2. Медуллобластома. Лечение у детей раннего возраста. Исходы

Клинический кейс.

В приёмное отделение детской клинической больницы поступил 7-летний ребёнок с жалобами на боли в правой половине живота в течение 3 дней, субфебрильную температуру тела в течение недели. При сборе анамнеза заболевания установлено, что больным ослаблен в течение последних 3 нед., снижен аппетит, стул 2–3 раза в день, разжижен. При осмотре обращают на себя внимание астенизация, бледность и сухость кожных покровов, при пальпации живота — болезненность в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины сомнительны, в экспресс-анализе крови: лейкоциты $18 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 20 мм/ч. В связи с подозрением на острый аппендицит больным взят в операционную, проведена лапароскопия. При ревизии выявлена крупнобугристая опухоль размерами 4×6 см в терминальном отделе подвздошной кишки, множественные увеличенные до 2–3 см мезентериальные лимфатические узлы.

Вопрос: Ваш предварительный диагноз? План обследования? Тактика лечения?

Ректор

Р.Е. Калинин



**Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)**

**ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 8
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

по дисциплине «Детская онкология»
по специальности 31.08.14 детская онкология
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Клиника злокачественных опухолей костей (остеосаркома, саркома Юинга). Диагностика. Принципы лечения опухолей костей. Хирургическое лечение. Органосохраняющие операции при злокачественных опухолях костей.

2. Нефробластома. Этиопатогенез, клиника, диагностика, современные методы лечения.

Клинический кейс.

В детский травмпункт обратились родители девочки 9 лет. С их слов, девочка поскользнулась на улице и упала на ягодицы. При падении она ощутила боль в ягодичной области. При попытке самостоятельно встать почувствовала боль в средней трети правого бедра. При осмотре в травмпункте отмечена деформация конечности: отёк средней трети правого бедра и укорочение конечности за счёт бедра. При осторожной пальпации отмечены крепитация и взаимное смещение костных отломков. При рентгенографии отмечен косой перелом диафиза правой бедренной кости со смещением отломков и их захождением друг за друга. Также обращает на себя внимание наличие в диафизе кости очагов деструкции и слоистого периостита.

Вопрос: Ваш предварительный диагноз? План обследования? Лечение?

Ректор

Р.Е. Калинин



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 9
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

по дисциплине «Детская онкология»
по специальности 31.08.14 детская онкология
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Опухоли щитовидной железы. Классификации (клиническая, морфологическая, по системе TNM). Закономерности метастазирования. Клиника, диагностика, лечение. Хирургическое лечение. Виды операций и методика.
2. Меланома. Эпидемиология, классификация, клиническая картина, диагностика, лечение, прогноз

Клинический кейс.

При очередном осмотре педиатром в 7 мес. у ребёнка выявлены недостаточная прибавка массы тела, сниженный аппетит, нижняя апертура грудной клетки развёрнута, больше слева. При пальпации живота педиатр выявил образование, исходящее из левого забрюшинного пространства, плотное, несмещаемое, с ровными контурами. Родители ребёнка сообщили, что за последние 2–3 нед. у ребёнка периодически возникает потливость, температура тела повышается до 37,2–37,5°C, при этом заложенности носа, чиханья и кашля не было, ребёнок периодически становится возбуждённым, бывает разжиженный стул. При измерении АД получены цифры 110/75 мм. рт.ст.

Вопрос: Ваш предварительный диагноз? План обследования? Тактика лечения?

Ректор

Р.Е. Калинин



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования

«Рязанский государственный медицинский университет
имени академика И.П. Павлова»

Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России)

ЭКЗАМЕНАЦИОННЫЙ БИЛЕТ № 10
ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

по дисциплине «Детская онкология»
по специальности 31.08.14 детская онкология
уровень образования ординатура
(очная форма, этап собеседование)

1. Злокачественные опухоли надпочечников. Классификация гормонально-активных опухолей надпочечника. Клиника, диагностика, лабораторные методы диагностики, хирургическое лечение.
2. Клиника и диагностика неврогенных опухолей кожи (нейрофиброматоз) Классификация, лечение. Результаты лечения и прогноз. Вопросы инвалидизации и реабилитации

Клинический кейс.

На диспансерном профилактическом осмотре у 13-летнего подростка выявлено пигментное образование в правой паховой области размерами 4×2 см с размытыми контурами, плотное, с глянцевой поверхностью тёмно-коричневого цвета, возвышается над поверхностью кожи. Со слов пациента, пигментное пятно не беспокоило его длительное время, однако последние 2 мес. отмечено его увеличение в размерах, изменился его цвет (пятно стало более тёмным), оно стало асимметричным.

Вопрос: Ваш предварительный диагноз? План обследования? Тактика лечения?

Ректор

Р.Е. Калинин