

МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
МИНИСТЕРСТВО НАУКИ, ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ И ИННОВАЦИЙ
КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ

МОО ВО Кыргызско-Российский Славянский университет имени
первого Президента Российской Федерации Б.Н. Ельцина

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по образовательной деятельности

А. Б. Ж.
Проректор по образовательной деятельности
А. Б. Ж.

Номер внутриуниверситетского документа



ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

уровень подготовки кадров высшей квалификации

Программа ординатуры

СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.57 (РФ); 080 (КР)

Онкология

РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА

На заседании кафедры онкологии, лучевой
диагностики и терапии

Зав. Кафедрой д.м.н., профессор Макимбетов Э.К.

Бишкек 2025

**Программа составлена в соответствии с требованиями
федерального государственного образовательного стандарта высшего
образования по специальности 31.08.57 онкология (уровень подготовки
кадров высшей квалификации), утвержденного приказом
Министерства образования и науки Российской Федерации от 26
августа 2014 г. N 1101**

**Государственная итоговая аттестация включает подготовку к
сдаче государственного экзамена**

Программу составили:

Профессор Макимбетов Э.К.

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	4
1.1. Цель государственной итоговой аттестации	5
1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации	6
1.2. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации	7
2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	11
2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию	11
2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию	14
2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию	30
3. Материально-техническое и учебно-методическое обеспечение и РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	35

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

Универсальные

(УК-1) - готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

(УК-2) - готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия;

(УК-3) - 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.

Профессиональные

Профилактическая деятельность:

(ПК-1) - 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-2) - готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными;

(ПК-3) - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;

(ПК-4) - готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;

Диагностическая деятельность:

(ПК-5) - готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

Лечебная деятельность:

(ПК-6) - готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи;

(ПК-7) - готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;

Реабилитационная деятельность:

(ПК-8) - готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;

Психолого-педагогическая деятельность:

(ПК-9) - готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

Организационно-управленческая деятельность:

(ПК-10) - готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

(ПК-11) - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

(ПК-12) - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

1.1. Цель государственного экзамена

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.57 онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.57 Онкология (уровень подготовки кадров высшей

квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1101

1.2. Порядок проведения государственного экзамена

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса – июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

Тестирование проводится в форме бланчного тестирования. Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку ответов составляет не менее два часа.

Сформированность практических умений и навыков проверяется в форме клинического разбора больного в Национальном центре онкологии и гематологии при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики.

Клинический разбор больного проводится по плану обследования онкобольного по следующей схеме:

1. Сбор жалоб и анамнестических данных.
2. Наружный осмотр лица, шеи, туловища, конечностей (оценка цвета кожи и др.).
3. Пальпация лимфатических узлов (зачелюстных, подчелюстных, шейных, околоушных, подмышечных, паховых).
4. Пальпация молочных желез
5. Пальпация и осмотр органов брюшной полости
6. Ректальное пальцевое исследование.
7. Аускультация и перкуссия органов грудной клетки.
8. поэтапное использование во время обследования клинических и параклинических методов: вначале физикальных (визуальный осмотр, пальпация и другие приемы с учетом лимфооттока и метастазирования), а

затем специальных (по принципу наиболее быстрого достижения цели — определенному алгоритму).

Собеседование проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.57 Онкология.

Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.57. Онкология проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача - онколога в соответствии с формируемыми компетенциями:

1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильно ответ – 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

2 Этап - Оценка практических умений и навыков.

Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное физикальное и при необходимости эндоскопическое обследование больного. Ординатор выставляет предварительный диагноз, составляет план лабораторного обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается оценить данные

лабораторного и инструментального обследования (общие анализы крови, биохимическое исследование крови, результаты рентгенологического и других лучевых методов исследования, результаты бактериологического исследования).

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

Отлично - ординатор правильно выполняет все предложенные навыки и правильно их интерпретирует.

Отметкой *отлично* оценивается ответ, при котором ординатор:

- Профессионально ставит постановку проблемы и самостоятельно оценивает альтернативные решения проблемы;
- Отлично выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Очень хорошо проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Организовывает необходимую и адекватную срочную помощь;
- Быстро и профессионально оказывает неотложную помощь.
- Глубоко и профессионально оценивает состояние больного и уметь привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует полное понимание проблемы. Отлично владеет методикой комплексного обследования онкологических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных онкологических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе в случае чрезвычайных ситуаций (трахеостомия, выведение мочи, мероприятия при непроходимости кишечника).

Все требования, предъявляемые к заданию выполнены.

Хорошо - ординатор в основном правильно выполняет предложенные навыки, интерпретирует их и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Отметкой *хорошо* оценивается ответ, при котором ординатор:

- Умеет ставить постановку проблемы и оценивать ее альтернативные решения
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;

- Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную онкологическую помощь;
- Не вполне профессионально оказывает неотложную онкологическую помощь.
- Достаточно хорошо оценивает состояние больного и уметь привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует полное понимание проблемы. Хорошо владеет методикой комплексного обследования онкологических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных онкологических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе онкологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Удовлетворительно - обучающийся ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Отметкой **удовлетворительно** оценивается ответ, при котором ординатор:

- Не ставит постановку проблемы и не оценивает ее альтернативные решения
- Не достаточно хорошо выполняет необходимые диагностические лечебные манипуляции, наиболее часто применяемые хирургические операции;
- Не очень быстро проводит дифференциальную диагностику заболеваний;
- Не совсем правильно организовывает необходимую и адекватную онкологическую помощь;
- Медленно и не вполне профессионально оказывает неотложную онкологическую помощь.
- Не достаточно хорошо оценивает состояние больного и уметь привлечь специалистов другого профиля для оказания полноценной медицинской помощи

Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Слабо владеет методикой комплексного обследования онкологических больных и интерпретации результатов, методикой оценки и интерпретации результатов высокотехнологичных онкологических методик исследования, а также методикой экстренной и неотложной медицинской, в том числе онкологической помощи в случае чрезвычайных ситуаций.

Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Неудовлетворительно - обучающийся не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не

справляется с дополнительным заданием. Ординатор демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить поставленную задачу.

При оценке неудовлетворительно - практические навыки не зачитываются.

3 Этап - Собеседование.

Проводится по теоретическим вопросам и ситуационным задачам. Оцениваются знания по основным разделам онкологии, уделяется внимание основным неотложным состояниям (купирование гипертонического криза, остановка кровотечения из различных источников, неотложная помощь при анафилактическом шоке, комах различной этиологии, стенозах и т.д.)

При оценке устных ответов учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
4. Владение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

При решении ситуационных задач учитываются следующие критерии:

1. Правильность постановки диагноза
2. Правильность выбора алгоритма действий
3. Правильность выбора дополнительных методов диагностики
4. Правильность назначения тактики лечения

Отметкой **отлично** оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;
- Функциональное и социальное значение онкологии для человека.
- Клиническую анатомию и физиологию органов;
- Методики исследования состояния и функций органов;
- Симптоматологию заболеваний органов при раке;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой **хорошо** оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;

- Функциональное и социальное значение органов для человека.
- Клиническую анатомию и физиологию органов;
- Методики исследования состояния и функций органов;
- Симптоматологию заболеваний органов;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

Отметкой *удовлетворительно* оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии воспалительных и опухолевых процессов;
- Функциональное и социальное значение органов для человека.
- Клиническую анатомию и физиологию органов;
- Методики исследования состояния и функций органов;
- Симптоматологию заболеваний органов;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях.

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

Отметкой *неудовлетворительно* оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности “Онкология”.

В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение “Присвоить звание (квалификацию) специалиста “врач-онколог” или “Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста “врач-онколог”. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию

1. Клинико-топографическая анатомия и физиология кожи.
2. Клинико-топографическая анатомия и физиология мышц.
3. Клинико-топографическая анатомия и физиология скелета.
4. Клинико-топографическая анатомия и физиология внутренних органов.
5. Топографическая анатомия черепно-мозговых нервов.

6. Клинико-топографическая анатомия и физиология сосудов.
7. Методы исследования органов.
8. Статистика и эпидемиология рака.
9. Цель и методы эпидемиологических исследований в онкологии.
10. Эпидемиология отдельных злокачественных опухолей.
11. Структура онкологических учреждений в России и Кыргызстане. Онкологические диспансеры и их функции.
12. Понятие о клинической стадии и клинической группе в онкологии.
13. Периоды развития опухоли. Понятие о раннем раке.
14. Принципы раннего распознавания рака.
15. Первичная и вторичная профилактика рака.
16. Иммунодиагностика злокачественных опухолей.
17. Реабилитация онкологических больных. Виды и принципы реабилитации.
18. Методы лечения злокачественных опухолей.
19. Принципы хирургического лечения злокачественных опухолей.
20. Основные факторы прогноза и их значение в выборе метода лечения.
21. Цель и задачи химиотерапии злокачественных опухолей.
22. Общие показания и противопоказания к химиотерапии.
23. Группы химиопрепаратов и их характеристика.
24. Методы химиотерапии опухолей.
25. Виды химиотерапии опухолей.
26. Осложнения химиотерапии, их лечение и профилактика. Оценка результатов лечения.
27. Гормоно- и иммунотерапия опухолей. Показания. Осложнения. Лечение. Профилактика.
28. Рентгенодиагностика опухолей пищевода. Рентгенологические симптомы.
29. Рентгеносемиотика опухолей желудка.
30. Рентгенодиагностика опухолей толстой и прямой кишки.
31. Лучевая диагностика опухолей поджелудочной железы.
32. Лучевая диагностика опухолей легких.
33. Лучевая диагностика опухолей мягких тканей.
34. Лучевая диагностика опухолей молочной железы.
35. Ангиография в диагностике опухолей.
36. Роль компьютерной томографии в диагностике злокачественных опухолей.
37. Ультразвуковая диагностика в онкологии.
38. Физические основы лучевой терапии. Источники ионизирующих излучений. Основные свойства.
39. Цель и задачи лучевой терапии злокачественных опухолей.
40. Показания и противопоказания к лучевой терапии.
41. Методы лучевой терапии.

42. Методы (способы) облучения опухолей.
43. Виды лучевой терапии злокачественных опухолей.
44. Осложнения лучевой терапии (общие, местные, ранние, поздние). Лечение, профилактика.
45. Радиомодификаторы и их применение в лечении опухолей.
46. Радионуклидная диагностика опухолей. Радиофармацевтические препараты. Методы исследования.
47. Виды и техника биопсий опухолей.
48. Меланомоопасные невусы кожи. Признаки малигнизации. Диагностика. Лечение.
49. Меланома кожи. Диагностика. Лечение первичного очага и метастазов.
50. Предраковые заболевания кожи. Диагностика, лечение. Профилактика.
51. Рак кожи. Гистологические и клинические формы. Диагностика, лечение.
52. Рак губы. Клинические формы, стадии, диагностика, лечение. Предраковые заболевания губы.
53. Рак пищевода. Клиника, диагностика. Лечение в зависимости от стадии и локализации.
54. Предраковые заболевания желудка. Признаки малигнизации. Диспансерное наблюдение.
55. Рак желудка. Стадии. Клиника в зависимости от локализации опухоли. Общая симптоматика. Методы исследования. Принципы лечения.
56. Рак толстой кишки. Этиология. Клинические формы. Симптоматика. Методы исследования. Принципы лечения, профилактика.
57. Предраковые заболевания толстой и прямой кишки. Диагностика, лечение.
58. Рак прямой кишки. Симптоматика в зависимости от локализации опухоли. Методы обследования. Лечение. Показания к хирургическому, комбинированному и консервативному лечению.
59. Рак поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка. Клиника, диагностика, лечение.
60. Дифференциальная диагностика желтухи.
61. Рак легкого. Этиология. Патогистологические формы. Клинико-анатомическая классификация по А.И. Савицкому. Клинические симптомы.
62. Дифференциальная диагностика рака легкого. Показания и противопоказания к хирургическому, лекарственному и комбинированному методам лечения.
63. Рак молочной железы. Клинические формы. Стадии. Симптоматика, диагностика.
64. Предраковые заболевания молочной железы. Этиология. Клиника, диагностика. Хирургическое и консервативное лечение.

65. Лечение рака молочной железы в зависимости от возраста, стадии и клинической формы.
66. Злокачественные опухоли мягких тканей. Клиника, диагностика, лечение.
67. Лимфогранулематоз. Стадии. Клиника, диагностика, лечение.
68. Рак щитовидной железы. Стадии. Клиника, диагностика, лечение.
69. Опухоли забрюшинного пространства. Диагностика, лечение.
70. Принципы лучевой диагностики.
71. Ионизирующее излучение, его воздействие на органы, радиочувствительность и радиорезистентность опухолей.
72. Рак печени. Диагностика, лечение.
73. Неходжкинские лимфомы. Клиника, диагностика, лечение.
74. Роль опзосолевых маркеров в онкологии.
75. Мелкоклеточный рак легкого.
76. Особенности клинического течения и лечения.
77. Мастопатия. Классификация. Диагностика. Лечение.
78. Понятие о скрининге.
79. Реабилитация онкологических больных.
80. Обезболивание у онкологических больных.
81. Симптоматическая терапия у больных злокачественными опухолями.
82. Структура заболеваемости в регионах России.
83. Теории канцерогенеза.
84. Основы генной терапии рака.
85. Принципы деонтологии в онкологии.

2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию

1. Больной П., 19 лет. Жалобы на боли в правом плече, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: правое плечо обычной конфигурации, кожные покровы не изменены, при пальпации отмечается локальная болезненность в средней трети. Больному выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ, МРТ: опухоль располагается в средней трети плечевой кости, протяженностью до 5см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком. Ваш диагноз? Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Какова схема лечения?

2. Больная М., 39 лет. Жалобы на наличие новообразования на наружной поверхности правого плеча, которое увеличилось в размерах за последние 2 месяца. При осмотре: на латеральной поверхности плеча имеется узловое

образование, размерами 3x4см, на широком основании, с выраженным сосудистым компонентом, бордово-коричневого цвета, легко кровоточит при пальпации, безболезненно. В правой подмышечной впадине пальпируются увеличенные до 2см лимфатические узлы. Отдаленных метастазов не выявлено. Ваш предположительный диагноз? Какова ваша схема лечения данного больного? Какие пути метастазирования данной опухоли?

3. Больной Х. 63 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, боли в 7 верхней части плеча с распространением на локтевую поверхность, охриплость голоса, опущение верхнего века, слабость мышц кисти. Объективно: обращает на себя внимание наличие синдрома Горнера, периферические лимфатические узлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах верхней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета - без патологии. Диагноз? Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза? Лечебная тактика.

4. Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких, УЗИ малого таза и брюшной полости): признаков диссеминации процесса нет.

Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы. T4N0M0. Больной рекомендовано провести лучевое лечение.

Каковы основные принципы предлучевой подготовки больной?

5. Больная Х., 65 лет. Предъявляет жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак среднеампулярного отдела прямой кишки. Принято решение о проведении комбинированного лечения: предоперационная лучевая терапия + чрезбрюшная резекция прямой кишки.

Какие возможны осложнения при облучении тазовой области?

6. Больной П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле. При осмотре выявлены

увеличенные шейные лимфоузлы. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит. Установлен диагноз: рак гортаноглотки. Планируется комбинированное лечение: операция и лучевая терапия.

Какие возможны побочные реакции при проведении лучевой терапии у данной больной?

7. Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких): метастазы в правом легком. Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы. T4N0M1. Метастазы в легкие. Больной планируется комбинированное лечение: неоадьювантная ПХТ, ЛТ, хирургическое лечение.

Каковы основные цели неоадьювантной химиотерапии?

8. Больной Б., 36 лет. Жалуется на боли в животе, преимущественно в области поясницы, чаще возникающие ночью, отеки нижних конечностей. Обследован гастроэнтерологом: патологии желудочно-кишечного тракта не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены увеличенные парааортальные лимфоузлы, спленомегалия. При РКТ органов малого таза: увеличенные подвздошные лимфоузлы. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, лимфопения. Выставлен диагноз: лимфогранулематоз. Больному начато лечение: проведено 3 цикла ПХТ. Каковы критерии оценки эффективности химиотерапии?

9. Пациент после резекции желудка по поводу рака через 6 месяцев пришел на прием к онкологу для диспансерного наблюдения.

1. Какие обследования он должен пройти и для чего?
2. Как часто он должен обследоваться в дальнейшем?

10. У пациента 4 стадия рака предстательной железы.

1. К какой клинической группе он относится?
2. Определите план его лечения?

11. Больной по поводу рака молочной железы планируется провести химиотерапию препаратами антрациклинового ряда.

1. Какие непосредственные осложнения надо ожидать?
2. Как их купировать?

3. Какие возможные отдаленные осложнения могут быть?

12. После лучевой терапии у больного кожа в месте облучения гиперемирована.

1. К какой группе осложнений относится данное проявление?
2. Как помочь больному?

13. Больной предстоит химиотерапия препаратами группы антрациклинов и таксанов.

1. Какие осложнения могут быть?
2. Как с ними бороться?

14. При патологоанатомическом вскрытии трупа после ДТП случайной находкой выявлен рак желудка 1 стадии.

Какие документы заполняет патологоанатом и для чего?

15. Больной узнал, что после обследования в поликлинике по месту жительства у него рак почки. Он просит направление в онкодиспансер и ОНЦ для повторной диагностики.

1. Причины поведения больного?
2. Как помочь больному в плане психологической адаптации?

16. К гинекологу на контрольное обследование пришла женщина 52 лет с отсутствием специфических жалоб. При гинекологическом осмотре врач не обнаружил какой-либо выраженной патологии. Какие манипуляции с данной пациенткой должен произвести врач? На какие дополнительные исследования он должен ее направить?

17. К хирургу обратилась женщина 47 лет с жалобами на увеличение в размерах подмышечных лимфоузлов справа. При осмотре в правой аксиллярной области обнаружены единичные плотные лимфоузлы с ограниченной подвижностью, размером до 1-1,5 см не спаянные между собой. При физикальном осмотре в молочных железах узловые образования не определяются. Соски, ареолы не изменены. Другие группы регионарных лимфоузлов не увеличены. Признаков воспаления в правой молочной железе не выявлено. Пациентка направлена на маммографическое исследование, при котором в обеих молочных железах обнаружена картина умеренно выраженной двусторонней фиброзно-кистозной мастопатии. Узловые образования в ткани молочных желез не выявлены. Пациентка было рекомендовано контрольное обследование через 3 месяца.

1. Правильная ли тактика выбрана хирургом? 2. Какие дополнительные обследования вы порекомендуете? 3. Какие онкологические заболевания могут проявляться поражением аксиллярных лимфатических узлов?

18. Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: В области лба поверхностное образование 1,5x2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

19. Больная М., 39 лет. Жалобы на наличие новообразования на наружной поверхности правого плеча, которое увеличилось в размерах за последние 2 месяца. При осмотре: на латеральной поверхности плеча имеется узловое образование, размерами 3x4см, на широком основании, с выраженным сосудистым компонентом, бордово-коричневого цвета, легко кровоточит при пальпации, безболезненно. В правой подмышечной впадине пальпируются увеличенные до 2 см лимфоузлы. Отдаленных метастазов не выявлено.

Ваш предположительный диагноз?

Какова ваша схема лечения данного больного?

Какие пути метастазирования данной опухоли?

20. Больная 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере.

При осмотре: на коже правого плеча образование 4x3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотно-эластическую консистенцию. Безболезненны.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

21. У пациента 37 лет при обследовании обнаружено увеличение паховых лимфатических узлов слева. При осмотре на коже передней поверхности левой голени пигментное образование неправильной формы до 12 мм, с неровной поверхностью, неоднородной окраски. Из анамнеза: Пациент отмечает наличие этого образования с детства, однако за последние полгода отметил увеличение его в размере, изменение формы.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Предположительная стадия заболевания.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

22. У пациента 38 лет в косметологической клинике 4 месяца назад было удалено пигментное образование правого предплечья. В настоящее время в области послеоперационного рубца появилось уплотнение с черным пигментным окрашиванием размером 4 мм. Также в подмышечной области справа определяются подмышечные лимфоузлы, увеличенные до 1,5 см, плотноэластичной консистенции.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

23. У больного 47 лет, длительное время работавшего с радиоактивными веществами, на коже тыльной поверхности правой кисти появилось образование размером 1,5 см с мокнущей поверхностью и инфильтрацией подлежащих тканей, отеком и гиперемией вокруг. Обратился к врачу в поликлинику, где назначена противовоспалительная терапия местного и общего характера, что привело к регрессу новообразования и формированию струпа.

Задания

1. Правильно ли выбран метод лечения?
2. Какова дальнейшая тактика?

24. У больного 48 лет, недавно перенесшего острую респираторную вирусную инфекцию, при контрольном осмотре спустя 2 года после лечения хирургическим методом меланомы кожи грудной стенки II уровня инвазии по Кларку обнаружены увеличенные до 3см лимфатические узлы в подмышечной области справа.

Задание

Ваши действия?

25. Больная 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на изменение цвета, формы и размеров пигментного новообразования на коже передней брюшной стенки. При осмотре выявлен новообразование размером 2,5см, темно-коричневое, без пушковых волос, с венчиком гиперемии по окружности. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Задания

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте план обследования и лечения.

26. Больному 62 лет в поликлинике три месяца назад произведено иссечение опухоли кожи височной области справа. В выписке указан диагноз: пигментный невус (гистологическое исследование не проводилось). При осмотре на коже височной области справа обнаружен окрепший послеоперационный рубец. Рядом с ним в толще кожи пальпируется узелок с синеватым оттенком. В правой околоушной слюной железе пальпаторно выявлена плотная подвижная округлой формы опухоль размерами 1,5x2,0см.

Задания

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Укажите на ошибки, допущенные хирургом поликлиники.

27. Больному 5 лет назад выполнена радикальная операция по поводу рака языка. При контрольном осмотре жалоб не предъявляет. Рецидива и метастазов нет.

А) Когда ему явиться на следующий контрольный осмотр?

Б) Какой минимальный метод обследования необходимо при этом выполнить?

28. Больного в течение последнего года беспокоят периодические боли на левой боковой поверхности языка. Около 2 месяцев назад появилась уплотнение на этом месте. Обратился к врачу.

Тактика действия врача?

29. В поликлинику обратился молодой человек, 23 лет с жалобами на опухолевидное образования в околоушной области справа, которая появилась около 3 месяцев назад после удара. В течение этого времени

опухолевидное образование увеличивается в размере.

А) Наиболее вероятный диагноз? Б) Ваша тактика действия?

30. Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа роста зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина. Ваш диагноз? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

31. Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа роста зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина. При сцинтиграфии костей скелета выявлены очаги повышенного накопления радиофармпрепарата в бедренных костях, которые расценены как метастатические.

Ваш диагноз? Тактика лечения?

32. У больной 50 лет диагностирован рак щитовидной железы. При осмотре определяется плотный узел в правой доле, лимфоузлы 3×4 см по ходу кивательной мышцы плотные, увеличенные, безболезненные. А) Как радикально лечить больную? Б) Следует ли после операции проводить еще дополнительное специализированное лечение?

33. Больной 45 лет был прооперирован по поводу рака щитовидной железы. Сразу же после операции появилась осиплость голоса, больной стал поперхиваться. А) Какое осложнение струмэктомии возникло у данного больного? Б) Какие последствия это может это за собой повлечь?

34. У больного диагноз рак гортаноглотки с метастазами в лимфатические узлы шеи инфильтративного характера с обеих сторон. А) Какой метод лечения нужно применить? Б) При обтурации опухолью просвета гортани, дополнительно, какую операцию необходимо выполнить?

35. Пациентка 43 лет обратилась с жалобами на обильные выделения из соска правой молочной железы. Беспокоят в течение 2х месяцев. Вначале выделения были светло-желтого цвета, в последнее время приобрели бурый оттенок. Во время последней маммографии, выполненной 6 месяцев назад, патологии не обнаружено. При осмотре: Молочные железы симметричны. При надавливании на правый сосок отмечается наличие выделений бурого цвета. Выделения из левого соска отсутствуют. При пальпации узловые образования не определяются. Региональные лимфатические узлы не увеличены.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе заболевания.

36. Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на отек, болезненность левой молочной железы. Жалобы возникли 2 недели назад, симптоматика постепенно нарастала. Температура тела 36,6 С. При осмотре: Левая молочная железа больше левой, кожа железы диффузно отечна, гиперемирована. Отмечается повышение локальной температуры. При пальпации умеренно болезненна, диффузно уплотнена за счет отека. Узловые образования не определяются. В левой подмышечной области определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы, плотной консистенции, безболезненные.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

37. У пациентки 58 лет в постменопаузе при маммографическом исследовании выявлено узловое образование в верхнее-наружном квадранте левой молочной железы. Образование неправильной формы, с тяжами в окружающие ткани, размером 1,5 см. При пункционной биопсии получено подтверждение наличия рака молочной железы, а также высокий уровень рецепторов к эстрогену и прогестерону в опухоли и отсутствие гиперэкспрессии HER2/neu. В анамнезе у больной лимфогранулематоз с поражением загрудных лимфатических узлов, по поводу которого она получала химиолучевое лечение.

Задания

1. Определите объем обследования для определения стадии заболевания.

2. Какой объем оперативного вмешательства будет предложен этой пациентке и почему?
3. Какая системная терапия может быть предложена этой пациентке, если у нее нет метастазов в подмышечные лимфатические узлы?

38. Больная Ж. 41 год, секретарь. Жалобы на уплотнение в левой молочной железе. Мать умерла от рака молочной железы. В анамнезе 10 аборт, детей нет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте левой молочной железы пальпируется уплотнение до 3х см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте левой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 3х см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: в обоих препаратах обнаружены атипические клетки. Диагноз? Лечебная тактика?

39. У больной 64 лет правая молочная железа за последние 3 месяца резко увеличилась в размере, стала плотной и бугристой, но безболезненной. Кожа железы не изменена.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Составьте план обследования.

40. У больной 70 лет правая молочная железа за последние 6 месяцев уменьшилась в размере в два раза. Стала плотной, как «камень». Из-за боли в бедре появилась хромота.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Определите план обследования?

41. Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. РКТ головного мозга - без патологии. Диагноз? Тактика лечения?

42. Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа - без патологии, слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Диагноз? Тактика лечения?

43. Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак.

Диагноз? Какую лечебную манипуляцию необходимо выполнить больному? Тактика обследования больного?

44. Больной Х. 63 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, боли в верхней части плеча с распространением на локтевую поверхность, охриплость голоса, опущение верхнего века, слабость мышц кисти. Объективно: обращает на себя внимание наличие синдрома Горнера, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах верхней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Диагноз? Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза? Лечебная тактика.

Ответ: Рак вершины правого легкого (Рак Пенкоста). Метастазы в печень. Чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия. Химиотерапия.

45. Больной К. 59 лет. Жалобы на сухой кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку, слабость. Похудел за 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого, имеется увеличение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низко-дифференцированный рак. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. КТ головного мозга - без патологии.

Диагноз? Тактика лечения?

46. Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника. Диагноз? Лечебная тактика?

47. Больная Е. 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течение 15 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе - патологии не выявлено. В нижней трети желудка имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника. Диагноз? Лечебная тактика?

48. Больной К. 74 лет, хирург. Жалобы на похудание, снижение аппетита, затруднение глотания. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается незначительная болезненность в эпигастральной области. Рентгенологически: сужение просвета верхней трети желудка с переходом на розетку кардии. ЭГДС: слизистая верхней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, отмечается сужение розетки кардии, инфильтрации распространяется на пищевод. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, забрюшинных лимфоузлов не выявлено. Диагноз? Тактика лечения?

49. Больной К. 65 лет. Курит 40 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 3 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Диагноз? Лечебная тактика?

50. Больная Н. 62 лет. В анамнезе: системная склеродермия. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи. За последние 4 месяца похудела на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, на всем протяжении пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: на всем протяжении пищевода по задней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,5 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

51. Больной Л., 69 лет. В анамнезе: пептические язвы пищевода. Жалобы на боль за грудиной, изжогу, усиленное слюноотделение, слабость, похудание, затрудненное глотание. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в средне- и нижнерхнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средне- и нижнерхнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

52. Больной Н., 70 лет. В анамнезе: ахалазия пищевода. Жалобы на боли за грудиной, чувство полноты за грудиной при приеме пищи, усиленное слюноотделение, слабость, затрудненное глотание. Объективно: больной астенического телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в средне- и нижнерхнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, неровность контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средне- и нижнерхнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

53. Больной Ф. 40 лет, механик. В анамнезе: в течении 8 лет лечился по поводу язвенной болезни желудка. Похудел за последние 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При обследовании: в легких - без патологии; пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой оболочки. Гастроскопия: пищевод без патологии, по малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Диагноз? Лечебная тактика?

54. Больная В. 62 лет, профессор орнитологии. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области. Похудела за 3 месяца на 13 кг. Объективно: увеличены надключичные лимфоузлы слева, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно - дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области.

Предположительный диагноз? Объем обследования.

55. Больная Р. 63 лет. В анамнезе: рак молочной железы. Жалобы на слабость, запоры, примеси слизи в кале, вздутие живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в левом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эндофитно-растущего новообразования, легкокровооточающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

56. Больная К. 60 лет. В анамнезе: неспецифический язвенный колит. Жалобы на слабость, тошноту, иногда рвоту, тяжесть в животе, урчание, запоры. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в нисходящем отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эндофитно-растущего новообразования, легкокровооточающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в правой доле печени имеется очаг размерами 2 см в диаметре, с нечетким контуром.

Диагноз? Лечебная тактика? Какое дополнительное исследование нужно провести больной?

57. Больной П. 62 лет. В анамнезе: семейный полипоз. Жалобы на периодические боли в правой половине живота, слабость, наличие опухолевидного образования в правой половине живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование размерами до 8 см в диаметре. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет восходящего отдела сужен за счет экзофитного бугристого образования (6

см в диаметре), легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

58. Больной И. 65 лет, шофер, мать умерла от рака прямой кишки. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки (суживающий ее просвет). Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

59. Больная К. 65 лет, страдает геморроем 20 лет. В прошлом работник химкомбината в течении 45 лет. Жалобы на запоры, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудела на 8 кг. Объективно: невоспаленный геморрой. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологически: инфильтративный рак, низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

60. Больная Х., 65 лет. Жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак прямой кишки. Отдаленных метастазов не выявлено. Поскольку опухоль локализована в нижеампулярном отделе, принято решение о проведении комбинированного лечения: лучевая терапия + операция в объеме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

Каковы основные принципы реабилитации больного с колостомой (что должен знать больной, чтобы научиться управлять колостомой)?

61. Больной С. 60 лет. Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, желтушности кожи. В анамнезе гепатит В. Объективно: кожные покровы желтые, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, отмечается гепатомегалия. УЗИ, КТ брюшной полости: 4,5,6 сегменты печени занимает объемное образование размерами 4x5 см в диаметре с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные

лимфатические узлы, асцит. Маркер: АФП 700 нг\мл. Гистологическое заключение: гепатоцеллюлярный рак.

Диагноз? Тактика лечения?

62. Больной А., 68 лет. 2 года назад перенес переднюю резекцию прямой кишки по поводу рака. При настоящем обследовании в проекции 2, 5 и 8 сегментов печени определяется два опухолевых очага, максимальным размером до 5,0 см. Определите диагностическую и лечебную тактику.

63. Больная Х., 23 лет. Жалобы на боли в левой ноге, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: в области латеральной поверхности средней трети левого бедра пальпируется опухолевидное образование, малоподвижное, каменистой плотности, размерами 5х6 см. Паховые лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, размерами от 1 до 2 см, безболезненны. Больной выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ: опухоль располагается в средней трети бедренной кости, протяженностью до 6 см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ.

Ваш диагноз? Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Какова схема лечения?

64. Больной П., 19 лет. Жалобы на боли в правом плече, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: правое плечо обычной конфигурации, кожные покровы не изменены, при пальпации отмечается локальная болезненность в средней трети. Больному выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ, МРТ: опухоль располагается в средней трети плечевой кости, протяженностью до 5см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

Ваш диагноз? Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Какова схема лечения?

65. Больной Е., 41 года. Жалобы на наличие опухолевидного образования в верхней трети левого бедра. Объективно: на латеральной поверхности верхней трети левого бедра определяется опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размерами 5х6 см, ограниченной подвижности, кожа над ним гиперемирована. Больному выполнено РКТ, МРТ, УЗИ: опухоль располагается в мягких тканях средней трети бедра, размерами до 5см в диаметре, прорастания бедренной кости нет, выражен

сосудистый компонент. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

Ваш диагноз? Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Какова схема лечения?

66. У пациента липосаркома забрюшинного пространства, опухоль до 15 см, низкой степени дифференцировки, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов.

- Какая стадия?
- Как классифицируются опухоль по глубине залегания?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

67. У пациента остеосаркома бедра, опухоль до 7 см, низкой степени злокачественности, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов.

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении остеосаркомы конечности?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

68. Больная Р., 35 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38° в течении нескольких дней подряд, ночную потливость, похудание, кожный зуд, наличие опухолевидного образования в области шеи. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный. В анализе крови: СОЭ 30 мм\ч, фибриноген 570 мг%, лимфоциты 27%.

Ваш предположительный диагноз? Каков объем обследования данной больной? Какие клетки обнаруживаются при гистологическом исследовании данного вида опухоли?

69. Больной Г., 37 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38° в течении нескольких дней подряд, кашель, одышку, боли за грудиной. В анамнезе: длительно лечился по поводу бронхита, антибиотикотерапия без эффекта. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, селезенка, печень не увеличены. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, фибриноген 600 мг%, лимфоциты 17%.

Ваш предположительный диагноз?

Какую манипуляцию необходимо выполнить для морфологической верификации болезни? Что является морфологическим субстратом данного вида опухоли?

70. Больной Б., 36 лет. Жалуется на боли в животе, преимущественно в области поясницы, чаще возникающие ночью, отеки нижних конечностей. Обследован гастроэнтерологом: патологии желудочно-кишечного тракта не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены увеличенные парааортальные лимфоузлы, спленомегалия. При РКТ органов малого таза: увеличенные подвздошные лимфоузлы. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, лимфопения.

Ваш предположительный диагноз? Какова ваша схема лечения данного больного?

71. К участковому терапевту обратилась пациентка Н, 30 лет с жалобами на увеличение подмышечных, паховых лимфоузлов с обеих сторон. За последние 6 месяцев пациентка похудела на 10 кг, отмечает вечерний подъем температуры тела до 38 С, повышенную ночную потливость. При осмотре: выраженная астения, подмышечные и паховые лимфоузлы резко увеличены, малоподвижны, безболезненный.

Вопросы: 1. Какое заболевание можно предположить у данной пациентки на основании данных анамнеза и осмотра? 2. Какие диагностические мероприятия могут подтвердить диагноз?

72. В отделение гематологии городской больницы поступила пациентка И., 28 лет, с жалобами на увеличение всех групп периферических лимфоузлов, похудание за 3 месяца на 8 кг, общую слабость, повышение температуры тела к вечеру до 38,5 С, ночные поты. При осмотре: все группы периферических лимфоузлов увеличены в размерах, астения, кожные покровы и видимые слизистые незначительно эктеричны.

Вопросы: 1. Какое заболевание можно предположить у пациентки? 2. Как подтвердить правильность диагноза? 3. Какой режим химиотерапии назначают при таком варианте течения заболевания?

73. Больная К.Т.М. - 70 лет, считает себя больной с декабря 2008 года, когда впервые отметила появление кровянистых выделений из половых путей на фоне менопаузы. В январе 2009 года больную госпитализировали. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие.

- Параметрии свободны.
- А) Ваш предварительный диагноз? Б) Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?
74. У больной К.Л.Г. – 50 лет появились жалобы на кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы. По месту жительства выполнили раздельное диагностическое выскабливание. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные. Выполнили операцию в объеме - экстирпация матки с придатками. Гистологическое заключение: шейка матки выстлана многослойным плоским и цилиндрическим эпителием. В эндометрии разрастание умереннодифференцированной эндометриоидной аденокарциномы с плоскоклеточной метаплазией, с инвазией в миометрий до 5 мм (менее толщины миометрия). Яичники и маточные трубы с признаками возрастной инволюции. Сформулируйте заключительный диагноз, стадию? У данной больной метастазы не обнаружены.
75. Больная К.В.Л. 70 лет предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей последние 3 месяца на фоне 20-летней менопаузы. При гинекологическом осмотре: женские половые органы развиты правильно. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Тело матки увеличено до 7-8 недель беременности. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?
76. У больной И.Е.Д. 60 лет, появились боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные. Произведено раздельное диагностическое выскабливание. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Выполнена операция в объеме экстирпация матки с придатками. Результат гистологического исследования: высокодифференцированная аденокарцинома, прорастающая более ? толщи миометрия. А)

Сформулируйте заключительный диагноз, стадию? Б) Ваши рекомендации?
У данной больной метастазы не обнаружены.

77. Больная Т.Р.М. 51 года. В течение последних 2-х месяцев предъявляет жалобы на повышенную утомляемость, водянистые бели из половых путей и контактные кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки раздута, плотная, слизистая оболочка темно-багрового цвета. При пальпации шейка матки ригидная. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.
А) Ваш предварительный диагноз? Б) Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

78. Больная И.А.Н., 28 лет. В июле 2009 года ЭКО в связи с бесплодием трубного генеза. В сроке 5 недель – неразвивающаяся беременность по данным УЗИ. 24.07.09г – РДВ. С июля 2009г по сентябрь 2009г продолжались кровянистые выделения. Обратилась к гинекологу. ХГ – (29.09.09г) – 305,5 МЕ/л. Матка мягковатой консистенции, увеличена до 10 недель беременности.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваш алгоритм обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

79. Больная Б.И.И., 26 лет. Последняя нормальная менструация в июне 2009 года. В августе 2009 года после недельной задержки менструации отметила кровянистые выделения из половых путей. По месту жительства выполнено РДВ. После РДВ кровянистые выделения из половых путей усилились. 12.10.09г повторное РДВ. ХГ от 27.10.09г – 32 тыс. МЕ/л. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваш алгоритм обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №3

Больная Б.Ю.П., 26 лет, считает себя больной в течение последних четырех месяцев. Последняя нормальная менструация в январе 2008 года. В октябре 2008 года кесарево сечение. В последующие 4 месяца ациклические кровянистые выделения из половых путей. ХГ – 20 тыс. МЕ/л.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваш алгоритм обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Материально-техническое и учебно-методическое обеспечение

Минимально необходимый для реализации программы государственной итоговой аттестации по программе ординатуры по специальности 31.08.57 «Онкология»

перечень материально-технического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения, в том числе: аудитории, оборудованные компьютерной техникой; аудитории, для проведения собеседования (экзамен). Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечения доступа в электронную информационно-образовательную среду университета. Библиотечный фонд укомплектован печатными изданиями из расчета 50 экземпляров каждого из изданий основной литературы, перечисленной в рабочих программах дисциплин (модулей), практик, и 25 экз. дополнительной литературы на 100 ординаторов.

Университет обеспечен необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения и ежегодно обновляется.

Электронно-библиотечные системы и электронная информационно-образовательная среда обеспечивают одновременный доступ 25 процентов обучающихся по программе ординатуры.

Обучающимся обеспечен доступ к современным профессиональным базам данных и информационным справочным системам.

Учебно-методическое и информационное обеспечение дисциплины

Основная литература

1. Онкология: учеб. / под ред. В.И. Чиссова, С.Л. Дарьяловой. 2009. - 560 с. –

2. Онкология: учеб, для стомат. ф-тов/ Л. З. Вельшер [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 512 с.

3. Вельшер, Л. З. Клиническая онкология: избранные лекции : учеб, пособие / Л.З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 496 с

4. Пономаренко, Г. Н. Медицинская реабилитация: учеб, для студ. вузов / Г. Н. Пономаренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 360 с.

5. Камарли З.П. Онкология. Учебник для медицинских ВУЗ-ов, 2014 г.

6. Камарли З.П. клиническая онкология: курс лекций по онкоурологии: учеб, пособие / З.П. Камарли, Э.К.Махимбетов.: КРСУ, 2016. - 172с.

7. Камарли З.П. клиническая онкология: курс лекций по гемобластозам: учеб,пособие/ Э.К. Макимбетов, И.Г.Бауэр, А.А.Усенова; Под.общ.ред. З.П. Камарли.- Б.: КРСУ, 2009.-74 с.

8. Камарли З.П. клиническая онкология: Лимфогранулез, особенности классификации, диагностики и лечения: учеб,пособие/ А.А.Усенова, Г.К. Батырканова // Под.общ.ред. З.П. Камарли.- Б.: КРСУ, 2012.-27 с.

9. Актуальные вопросы онкологии, лучевой терапии и диагностики: мат.конф., посв. 70-летию со дня рожд. и 45-летию врач., науч. И пед. Д-ти засл.деят.науки КР, д-ра мед.наук, проф З.П. Камарли. Бишкек, 12 октября 2012 г.Бишкек: Изд-во КРСУ, 2012.-118 с.

10. Рак поджелудочной железы. Эпидемиология. Классификация. Диагностика и лечение: учебно- методическое пособие для студентов и клинических ординаторов / сост.: З.П. Камарли, А.М. Туманбаев, В.С. Тараров. Бишкек: КРСУ, 2018.32с.:ил.

Дополнительная литература

1. Хирургические болезни : учеб, для студ. мед. вузов / под ред. А. Ф. Черноусова. - М : ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 664 с. +комп.-диск.

2. Хирургические болезни : учебник ; в 2 т. / под ред. В. С. Савельева, А. И. Кириенко. - 2- е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Т.1 - 720 с., Т. 2. - 688 с.

3. Каган И. И. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учеб. - М.: ГЭОТАР- Медиа, 2011.

4. Топографическая анатомия и оперативная хирургия: учебник. В 2-х томах. Том 1 / Под ред. И.И. Кагана, И.Д. Кирпатовского. 2012. - 512 с.: ил. - ЭБС «Консультант студента».

5. Петров, С. В. Общая хирургия: учеб: для студентов мед. вузов / С. В.Петров. - 3-е изд., перераб. и доп. -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 768 с.

6. Лучевая диагностика: учебник / Под ред. Г.Е. Труфанова. 2012. - 496 с.: -Режим доступа:

7. Васильев А.Ю. Лучевая диагностика: учебник для студентов педиатрических факультетов / А.Ю. Васильев, Е.Б. Ольхова, - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 688 с.

8. Труфанов Г.Е. Лучевая терапия: учеб. / Г. Е. Труфанов, М. А. Асатурян, Г. М. Жаринов и др. ;под ред. Г.Е. Труфанова. 2013. - 208 с.-

9. Труфанов Г. Е. Лучевая терапия Т. 2: учеб. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 192 с.

10. Шабалов, Н.П. Детские болезни : учеб, для вузов в 2-х томах / Н.П. Шабанов.- 7-е изд.,перераб. и доп. - СПб. :Питер, 2012.- Т.1.- 928 с.

11. МЕДИЦИНСКИЕ РЕСУРСЫ РУССКОЯЗЫЧНОГО ИНТЕРНЕТА

Программа составлена в соответствии с ФГОС 3+:
Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования
по специальности 31.08.42 НЕВРОЛОГИЯ (уровень подготовки кадров высшей квалификации).
Приказ Минобрнауки России от 02 февраля 2022 №103.

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена.

Программу составили:
Мусабекова Т. О., зав. кафедрой неврологии, нейрохирургии и медицинской генетики,
к.м.н., доцент;
Василенко В.В., к.м.н., доцент

СОДЕРЖАНИЕ

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ	3
1.1. Цель государственной итоговой аттестации	4
1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации	4
1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации	5
2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ	8
2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию	8
2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию	10
2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию	13
3. РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	16

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Государственная итоговая аттестация выпускника высшего учебного заведения является обязательной и осуществляется после освоения образовательной программы в полном объеме.

Результаты освоения ООП определяются приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностью применять знания, умения и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности.

Государственная итоговая аттестация проверяет сформированность следующих универсальных и профессиональных компетенций:

Универсальные

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте;

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им;

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению;

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности;

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.

Общепрофессиональные

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности;

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность;

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов;

ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность;

ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или реабилитации инвалидов;

ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу;

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения;

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала;

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Профессиональные

ПК-1 способность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов неврологических заболеваний, установление диагноза в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем;

ПК-2 способность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании неврологической медицинской помощи;

ПК-3 способность к проведению комплексной медицинской реабилитации пациентов с неврологическими заболеваниями и оценке возможностей пациента осуществлять трудовую

деятельность;

ПК-4 способность к осуществлению комплекса мероприятий по первичной и вторичной профилактике заболеваний и состояний нервной системы, направленных на сохранение и укрепление здоровья и формирование здорового образа жизни;

ПК-5: способность разрабатывать план оказания паллиативной помощи неврологическим больным с учетом тяжести состояния, прогноза заболевания, социального положения, а также индивидуальных потребностей в соответствии с действующими нормативно-правовыми документами;

ПК-6: способность к проведению медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов при заболеваниях и (или) состояниях нервной системы;

ПК-7: Способность принять участие в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей, ведение медицинской документации по профилю «неврология», в том числе в электронном виде;

ПК-8: Способность оценить и распознать состояние пациента, требующее оказания медицинской помощи в экстренной форме с применением лекарственных препаратов и медицинских изделий; выполнение мероприятий базовой сердечно-легочной реанимации, оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам, при состояниях представляющих угрозу жизни, в том числе клинической смерти.

При разработке программы ординатуры все универсальные и профессиональные компетенции включаются в набор требуемых результатов освоения программы ординатуры.

1.1. Цель государственного экзамена

Целью государственной итоговой аттестации является определение соответствия результатов освоения обучающимися основной образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) требованиям федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.42 Неврология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1101

1.2. Порядок проведения государственного экзамена

Сроки проведения государственного экзамена в соответствии с графиком учебного процесса - июнь текущего учебного года, как правило, 42-43 недели учебного года.

К экзамену допускаются лица, завершившие полный курс обучения и успешно прошедшие все предшествующие аттестационные испытания, предусмотренные учебным планом.

Прием государственного экзамена по специальности осуществляет государственная экзаменационная комиссия. Персональный состав государственной экзаменационной комиссии утверждается ректором.

Программа государственного экзамена доводится до сведения ординаторов не позднее, чем за месяц до предполагаемой даты экзамена.

Во время государственной итоговой аттестации обучающимся запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

Государственная итоговая аттестация проводится в три этапа:

1. Тестирование
2. Оценка практических умений и навыков
3. Собеседование

Тестирование проводится в форме бланочного тестирования. Предлагается 1 вариант тестов из 100 вопросов по основным разделам изученных дисциплин. Время на подготовку

ответов составляет не менее двух часов.

Сформированность практических умений и навыков проверяется в форме клинического разбора больного в отделениях неврологии Национального Госпиталя при Министерстве Здравоохранения Кыргызской Республики.

Клинический разбор больного проводится по плану обследования неврологического больного по следующей схеме:

1. Сбор жалоб и анамнестических данных.
2. Исследование соматического статуса.
3. Исследование неврологического статуса
4. Обоснование топического неврологического диагноза и предварительного диагноза.
5. Назначение необходимого дополнительного обследования.
6. Проведение дифференциального диагноза.
7. Обоснование клинического диагноза.
8. Назначение лечения, включая реабилитационные мероприятия.
9. Прогноз и рекомендации, экспертиза .

Собеседование проводится в устной форме по билетам, включающим три теоретических вопроса и практическое задание в виде ситуационной задачи. Время на подготовку ответа по билету составляет не менее 40 мин. При подготовке ответов на вопросы билета, ординатор может использовать Программу государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.42 Неврология.

Во время подготовки ответов обучающиеся делают необходимые записи на выданных секретарем экзаменационной комиссии листах бумаги со штампом медицинского факультета.

Для ответа на вопросы билета каждому ординатору предоставляется время для выступления продолжительностью не более 20 мин. После выступления члены государственной экзаменационной комиссии могут задать обучающемуся дополнительные вопросы в рамках тематики вопросов в билете. Если обучающийся затрудняется при ответе на дополнительные вопросы, члены комиссии могут задать вопросы в рамках содержания программы государственного экзамена. По решению председателя государственной экзаменационной комиссии обучающегося могут попросить ответить на другие вопросы, входящие в программу государственного экзамена.

1.3. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по результатам освоения ООП ординатуры по специальности 31.08.42 Неврология проводится в три этапа и оценивает теоретическую и практическую подготовку врача - невролога в соответствии с формируемыми компетенциями:

1 Этап - Тестирование.

Оцениваются ответы на 100 тестовых вопросов.

За каждый правильно ответ - 1 балл

Общая оценка определяется как сумма набранных баллов.

Результаты считаются положительными при правильном решении более 70 вопросов.

2 Этап - Оценка практических умений и навыков.

Практические навыки оцениваются по умению ординатора собрать жалобы, анамнез, провести комплексное обследование больного с исследованием неврологического статуса. Ординатор выставляет топический неврологический и предварительный диагноз, составляет план лабораторного обследования, назначает лечение. Кроме этого, ординатору предлагается

оценить данные лабораторного и инструментального обследования (общий и биохимический анализ крови, исследование ликвора, результаты рентгенологических, электрофизиологических, ультразвуковых и нейровизуализационных методов исследования).

Результаты оценки практических навыков и умений оцениваются как "зачтено" или "не зачтено". Зачет практических навыков оценивается при их выполнении на отлично, хорошо и удовлетворительно.

Критерии оценки:

Оценка	Требования к знаниям
Отлично	«Отлично» выставляется обучающемуся, показавшему полные и глубокие знания образовательной программы, способность к их систематизации и клиническому мышлению, а также способность применять приобретенные знания в стандартной и нестандартной ситуации: обучающийся исчерпывающе, логически и аргументировано излагает материал вопроса, свободно отвечает на поставленные дополнительные вопросы, делает обоснованные выводы
Хорошо	«Хорошо» выставляется обучающемуся, показавшему хорошие/серьезные знания программы дисциплины, способному применять приобретенные знания в стандартной ситуации, но не достигшему способности к их систематизации и клиническому мышлению, а также к
	применению их в нестандартной ситуации. Обучающийся демонстрирует знание базовых положений в профессиональной области; проявляет логичность и доказательность изложения материала, но допускает отдельные неточности при использовании ключевых понятий; в ответах на дополнительные вопросы имеются незначительные ошибки
Удовлетворительно	«Удовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему слабые знания, но владеющему основными разделами программы дисциплины, необходимым минимумом знаний и способному применять их по образцу в стандартной ситуации
Неудовлетворительно	«Неудовлетворительно» выставляется обучающемуся, показавшему поверхностные знания, что не позволяет ему применять приобретенные знания даже по образцу в стандартной ситуации

3 Этап - Собеседование.

Проводится по теоретическим вопросам и ситуационным задачам. Оцениваются знания

по основным разделам неврологии, уделяется внимание основным неотложным состояниям (купирование гипертонического криза, судорожного синдрома, миастенического и холинергического криза, гипертермического синдрома, неотложная помощь при анафилактическом шоке, комах различной этиологии и т.д.)

При оценке устных ответов учитываются следующие критерии:

1. Знание основных процессов изучаемой предметной области, глубина и полнота раскрытия вопроса.
2. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
3. Умение объяснить сущность явлений, событий, процессов, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
- 4.

ладение монологической речью, логичность и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные вопросы, выражать свое мнение по обсуждаемой проблеме.

При решении ситуационных задач учитываются следующие критерии:

1. Правильность постановки диагноза
2. Правильность выбора алгоритма действий
3. Правильность выбора дополнительных методов диагностики
4. Правильность назначения тактики лечения

Отметкой *отлично* оценивается ответ, который показывает прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии неврологических заболеваний.
- Клиническую анатомию и физиологию нервной системы.
- Топическую диагностику и семиотику заболеваний нервной системы.
- Клинические проявления основных неврологических заболеваний;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях в неврологии.

Студент продемонстрировал логичность и последовательность ответа.

Отметкой *хорошо* оценивается ответ, обнаруживающий прочные знания следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии неврологических заболеваний.
- Клиническую анатомию и физиологию нервной системы.
- Топическую диагностику и семиотику заболеваний нервной системы.
- Клинические проявления основных неврологических заболеваний;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях

неврологии.

Студент демонстрирует логичность и последовательность ответа. Однако допускается одна - две неточности в ответе.

Отметкой *удовлетворительно* оценивается ответ, свидетельствующий в основном о знании следующих вопросов:

- Особенности морфологии и патофизиологии неврологических заболеваний.
- Клиническую анатомию и физиологию нервной системы.
- Топическую диагностику и семиотику заболеваний нервной системы.
- Клинические проявления основных неврологических заболеваний;
- Принципы лечения и оказания помощи при неотложных состояниях

неврологии.

Допускается несколько ошибок в содержании ответа.

В

В

В

Отметкой *неудовлетворительно* оценивается ответ, обнаруживающий незнание теории практически по всем темам, неумением давать аргументированные ответы, слабым владением монологической речью, отсутствием логичности и последовательности.

Допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

По результатам трех этапов экзамена выставляется итоговая оценка по квалификационному экзамену по специальности “Неврология”.

В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение “Присвоить звание (квалификацию) специалиста “врач-невролог” или “Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста “врач-невролог”. Результаты экзамена фиксируются в протоколе.

2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

2.1. Перечень вопросов, выносимых на государственную аттестацию

Общая неврология.

1. Чувствительные нарушения.
2. Поражение мозговых оболочек и изменения спинномозговой жидкости.
3. Двигательные нарушения.
4. Координация движений и ее расстройства.
5. Экстрапирамидные нарушения: подкорковые узлы, синдромы их поражения.
6. Поражение больших полушарий. Строение: кора и белое вещество.
7. Черепные нервы, основные функции, анатомо-физиологические данные, локализация ядер в стволе мозга.
8. Обонятельный нерв. Аносмия, гипосмия, гиперосмия.
9. Зрительный нерв.
10. Глазодвигательные нервы (глазодвигательный, блоковый, отводящий).
11. Тройничный нерв, невралгия тройничного нерва.
12. Лицевой нерв и промежуточный нерв, периферический паралич мимической мускулатуры, слезотечение и сухость глаза, нарушение вкуса.
13. Преддверно-улитковый нерв, снижение слуха, кондуктивная и невральная глухота, вестибулярный нистагм, вестибулярное головокружение, вестибулярная атаксия. Синдром Меньера.
14. Языкоглоточный нерв; блуждающий нерв; добавочный нерв; подъязычный нерв. Дизартрия, дисфагия, дисфония, назолалия, агейзия.
15. Бульбарный синдром. Дифференциальная диагностика с псевдобульбарным синдромом
16. Синдром мосто-мозжечкового угла.
17. Синдром внутреннего слухового прохода (Ляница),
18. Синдром Градениго-Ланнуа (верхушки пирамиды височной кости)
19. Синдром Гарсена.
20. Поражение ствола мозга.
21. Поражение спинного мозга
22. Поражение периферической нервной системы.
23. Нарушение тазовых функций.
24. Поражение лимбико-гипоталамо-ретикулярного комплекса.

25. Вегетативные нарушения.
26. Клинико-нейрофизиологические методы исследования нервной системы: электроэнцефалография (ЭЭГ), доплероультрасонография, вызванные потенциалы (ВП): соматосенсорные, зрительные, слуховые, стволовые; транскраниальная магнитная стимуляция мозга, электронейромиография (ЭНМГ), полисомнография.
27. Методы исследования сегментарного отдела вегетативной нервной системы и их оценка.
28. Исследование порогов боли (альгометрия, ноцептивный флексорный рефлекс). Болевые оценочные шкалы.
29. Нейровизуализационные методы исследования: рентгеновская компьютерная томография (КТ), магнитно-резонансная томография (МРТ), позитронная эмиссионная томография.
30. Поясничная пункция и исследование цереброспинальной жидкости.
31. Лабораторная диагностика: иммунологические тесты, исследование мышечных ферментов, показатели гемостаза, серологическая диагностика.

Частная неврология

1. Сосудистые заболевания нервной системы
2. Инфекции нервной системы.
3. Демиелинизирующие заболевания нервной системы
4. Опухоли центральной нервной системы.
5. Патология ликвороциркуляции.
6. Травматическое поражение нервной системы.
7. Нервно-мышечные заболевания.
8. Заболевания периферической нервной системы.
9. Боковой амиотрофический склероз.
10. Дегенеративные заболевания с преимущественным поражением: пирамидной системы и мозжечка, экстрапирамидной системы.
11. Головные и лицевые боли.
12. Эпилепсия.
13. Наследственные и врожденные заболевания ЦНС.
14. Соматоневрологические синдромы.
15. Интоксикации.
16. Деменции
17. Нарушения цикла «Сон-бодрствование»
18. Возрастные аспекты неврологических заболеваний.
19. Нейрореабилитация.
20. Частные неврологические синдромы:
 - акинетико-ригидный синдром,
 - гиперкинезы,
 - атаксия,
 - головокружение,
 - поражение мотонейрона (нижнего и верхнего),
 - гемиплегия (гемипарез),
 - эпизоды преходящих парезов конечностей,
 - параплегия нижняя спастическая,
 - миопатический синдром

- миотонические и псевдомиотонические синдромы,
- миастенический синдром,
- синдром вегетативной дистонии,
- вегетативные пароксизмы,
- гипоталамический синдром,
- синдром периферической вегетативной недостаточности (ПВН),
нейрогенный мочевого пузыря,
- боли в спине и ноге, в области плечевого пояса и руки,
- менингеальный синдром,
- приступообразная головная боль (ГБ),
- нейропатический и полинейропатический синдром,
- острая наружная офтальмоплегия,
- судорожный синдром.

2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию

Задача. У 42-летней женщины отмечалось снижение зрения сначала справа, затем слева, отсутствие менструации в последние два года, жажда и частое мочеиспускание. Неврологическое обследование выявило атрофию зрительных нервов на глазном дне, битемпоральная гемианопсия, слабость конвергенции, реакция зрачков на свет снижена, на краниограмме турецкое седло увеличено в размерах. Какой топический и клинический диагноз можно поставить, и обоснуйте их?

Задача. 58-летняя женщина жаловалась на звон и снижение слуха слева, головные боли, пошатывание при ходьбе, в течение 6 месяцев ходит с трудом. Симптомы имеют прогрессирующий характер. Болеет в течение 5 лет. Неврологическое обследование выявило нистагм при взгляде влево, отсутствие корнеального рефлекса слева, гипестезия лица слева, снижение глоточного рефлекса слева, ходит с широко расставленными ногами, в позе Ромберга падает влево, мозжечковые пробы выполняет хуже левыми конечностями. Легкая пирамидная недостаточность справа. На глазном дне смазанность границ сосков зрительных нервов. В люмбальном ликворе белково-клеточная диссоциация. Какой топический и клинический диагноз можно поставить данному больному?

Задача. Молодая женщина 2 месяца тому назад вышла замуж. Заболела довольно остро в течение 2-ух дней появилась и стала быстро нарастать головная боль, повысилась температура до 38,5, наблюдалось тошнота и рвота. При поступлении в клинику у нее обнаружена легкая ригидность мышц затылка, симптом Кернига и нижний Брудзинского. Со стороны черепно-мозговых нервов найдена анизокория D>S, вялая реакция зрачков на свет. Сглажена левая носогубная складка. Сухожильные рефлексы оживлены, коленные выше справа, ахилловы выше слева. На глазном дне обнаружена гиперемия сосков зрительных нервов, резкое расширение вен и некоторое сужение артерий. При тщательном осмотре на груди и животе обнаружены единичные розеолы. Какой клинический диагноз заболевания? Форма заболевания? Какие необходимы исследования для подтверждения этого диагноза? Методы лечения?

Задача. «Скорой» в больницу доставлен мужчина в состоянии опьянения. Известно, что при переходе улицы он был сбит автомашиной и лежал в течение 10 минут - до приезда "скорой".

Была рвота. В приемном отделении больной возбужден, требует немедленной выписки из больницы, считает себя здоровым. При осмотре в области правого виска отмечена небольшая припухлость. Правый зрачок несколько шире левого. При оскале зубов носогубные складки асимметричны- слева чуть сглажена. Парезов нет. Сухожильные рефлексy слегка повышены слева. Имеется нечеткий симптом Бабинского слева. Менингеальных симптомов нет. АД 110/70 мм.рт. ст., пульс- 56 в мин. Какова тактика врача в данном случае? Нужно ли произвести дополнительные исследования? Какой характерный симптом здесь описан? Предполагаемый диагноз? Локализация процесса?

Задача. 62- летний мужчина с инфарктом миокарда в анамнезе проснулся с правосторонней гемиплегией. Глаза тонически повернуты влево и не реагируют на угрожающие действия со стороны правого поля зрения. Реакция на боль в левой половине тела сохранена. Речь невразумительна, приказов не исполняет. Воспроизвести простые фразы не может. Локализация и характер процесса?

Задача. Больной 47 лет поступил с жалобами на пошатывание при ходьбе. Из анамнеза известно, что 8 месяцев назад стал постепенно снижаться слух на левое ухо, затем появилась асимметрия лица за счет ограничения движений мимических мышц слева, и онемела левая щека, появились головные боли, тошнота головокружение. При осмотре невропатологом: нарушение слуха слева по типу звуковоспринимающего аппарата, периферический парез левого лицевого нерва, гипестезия левой половины лица, гипотония мышц атаксия в левых конечностях. Какие методы обследования необходимо провести для уточнения диагноза? Какой Ваш предполагаемый диагноз? При каких заболеваниях возможно развитие гипертензионного синдрома?

Задача. У 37- летнего мужчины появились непроизвольные подергивания левого большого пальца на руке. В течение 30 секунд подергивания распространились на всю левую руку, а в левом предплечье и на лице появились насильственные движения. Он не мог вспомнить, что с ним случилось, но его жена сказала, что он упал, а подергивания распространились на всю левую половину тела. В бессознательном состоянии он пребывал 3 минуты, а затем 15 минут приходил в себя. Во время приступа он прикусил язык, отмечалось непроизвольное мочеиспускание. Какой приступ у больного? Указать локализацию поражения? Какие обследования необходимо предпринять?

2.3. Примерный перечень тестов, выносимых на государственную аттестацию

1. При поражении отводящего нерва возникает паралич мышцы:
 1. верхней прямой
 2. наружной прямой
 3. нижней прямой
 4. нижней косой
 5. поднимающей верхнее веко
2. Мидриаз возникает при поражении:
 1. верхней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 2. нижней порции крупноклеточного ядра глазодвигательного нерва
 3. мелкоклеточного добавочного ядра глазодвигательного нерва
 4. среднего непарного ядра
 5. ядра медиального продольного пучка

3. Если верхняя граница проводниковых расстройств болевой чувствительности определяется на уровне Th₁₀ дерматома, поражение спинного мозга локализуется на уровне сегмента
 1. Th₆ или Th₇
 2. Th₈ или Th₉
 3. Th₉ или Th₁₀
 4. Th₁₀ или Th₁₁
 5. Th₁₁ или Th₁₂
4. При центральном пирамидном параличе не наблюдается
 1. гипотрофии мышц
 2. повышения сухожильных рефлексов
 3. нарушения функции тазовых органов
 4. гипорефлексии
 5. фибрилляций
5. Хореический гиперкинез возникает при поражении
 1. палеостриатума
 2. неостриатума
 3. медиального бледного шара
 4. латерального бледного шара
 5. таламуса
6. Волокна для нижних конечностей располагаются в тонком пучке задних канатиков по отношению к средней линии
 1. латерально
 2. медиально
 3. вентрально
 4. дорсально
 - 5 все неправильно
7. Волокна для туловища и верхних конечностей располагаются в клиновидном пучке задних канатиков по отношению к средней линии
 1. латерально
 2. медиально
 3. вентрально
 4. дорсально
 5. правильно 3 4
8. Волокна болевой и температурной чувствительности (латеральная петля) присоединяются к волокнам глубокой и тактильной чувствительности (медиальная петля)
 1. в продолговатом мозге
 2. в мосту мозга
 3. в ножках мозга
 4. в зрительном бугре
 5. в верхне-шейном отделе спинного мозга
9. Медиатором тормозного действия является
 1. ацетилхолин
 2. ГАМК
 3. норадреналин

4. Адреналин
5. оксид азота
10. Все афферентные пути стриопаллидарной системы оканчиваются
 1. в латеральном ядре бледного шара
 2. в полосатом теле
 3. в медиальном ядре бледного шара
 4. в субталамическом ядре
 5. в зрительном бугре
11. Неустойчивость в позе Ромберга при закрытии глаз значительно усиливается, если имеет место атакия
 1. мозжечковая
 2. сенситивная
 3. вестибулярная
 4. корковая
 5. все правильно
12. Этиологическими факторами идиопатической эпилепсии является
 - 1) генная мутация
 - 2) родовая травма
 - 3) гемолитическая болезнь новорожденных
 - 4) черепно-мозговая травма
 - 5) нарушение электролитного баланса
13. К генерализованным пароксизмам относятся
 - 1) джексоновские
 - 2) вегетативно-висцеральные
 - 3) соматосенсорные
 - 4) с нарушением психических функций
 - 5) абсансы
14. Для простых абсансов характерно:
 - 1) падение больного
 - 2) клонические подергивания конечностей
 - 3) замирания
 - 4) отключение сознания длительные
 - 5) произвольное мочеиспускание
15. Для инфантильных спазмов (синдром Веста) типично:
 - 1) генерализованные тонико-клонические припадки
 - 2) атипичные абсансы с «поклонами»
 - 3) однократный приступ
 - 4) нормальное психомоторное развитие
 - 5) нормальная ЭЭГ
16. Миоклонические припадки - это:
 - 1) кратковременные отключения сознания
 - 2) односторонние клонические подергивания
 - 3) внезапное снижение мышечного тонуса
 - 4) внезапные кратковременные произвольные мышечные сокращения
 - 5) генерализованные клонические подергивания

17. Судороги у новорожденных протекают как :
1. атонические
 2. тонико-клонические
 3. миоклонические
 4. с сенсорным компонентом
 5. абсансы
- 18.. Признаки генерализованного эпилептического припадка все, кроме:
1. психо-моторное возбуждение
 2. тонико-клонические судороги
 3. миоз
 4. утрата сознания
 5. амнезия постприступная
- 19.. У ребенка периодически возникал отсутствующий взгляд, в это время не реагировал на окружающих, падений и судорог не было. Назовите тип припадка:
1. генерализованный тонический
 2. атонический
 3. джексоновский
 4. абсанс
 5. миоклонический.
20. У ребенка появились подергивания левой кисти с быстрым распространением на всю руку, а затем на всю левую половину туловища назовите тип припадка:
1. генерализованный тонический
 2. атонический
 3. джексоновский
 4. абсанс
 5. миоклонический.
- 21 . У ребенка появились поворот головы и глаз влево, а затем тоническое напряжение с потерей сознания. Назовите тип припадка.
1. генерализованный тонико-клонический
 2. атонический
 3. адверсивный
 4. абсанс
 5. миоклонический
22. К демиелинизирующим относится полинейропатия
1. Гийена - Барре
 2. диабетическая
 3. порфирийная
 4. гипотиреоидная
 5. все ответы правильные
23. Для поражения лицевого нерва в области мостомозжечкового угла не характерны
1. снижение корнеального рефлекса
 2. гиперакузия, сухость конъюнктивы
 3. нарушение вкуса на передних 2/3 языка
 4. сочетанное поражение V и VIII пары
 5. все ответы неправильные

24. Для поражения блуждающего нерва не характерны
 1. дисфония
 2. дисфагия
 3. нарушение сердечного ритма
 4. снижение артериального давления
 5. нарушение вкуса
25. Для нейропатии длинного грудного нерва характерны
 1. парез дельтовидной мышцы
 2. парез грудинно-ключично-сосцевидной мышцы
 3. парез передней зубчатой мышцы
 4. парез трапецевидной мышцы
 5. все ответы правильные
26. Для нейропатии подкрыльцового нерва характерны
 1. затруднения сгибания руки в локтевом суставе
 2. болезненность руки при отведении ее за спину
 3. слабость и атрофия дельтовидной мышцы
 4. слабость и атрофия трапецевидной мышцы
 5. слабость и атрофия двуглавой мышцы
27. Признаками поражения лучевого нерва являются
 1. "когтистая кисть"
 2. невозможность разгибания кисти
 3. невозможность отведения I пальца
 4. невозможность сгибания кисти
 5. все перечисленное
28. Для нейропатии локтевого нерва характерны
 1. "свисающая кисть"
 2. нарушение чувствительности в области I, II пальцев кисти
 3. невозможность приведения IV, V пальцев
 4. невозможность отведения I пальца
 5. все перечисленное

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература

- 1) Одинак М. М. Нервные болезни : учебник М. Медицина СпецЛит2014г
- 2) Гусев Е.И., Коновалов А.Н. и др... Неврология / национальное руководство. М.2018г
- 3) Мурзалиев А.М. Клинические лекции по неврологии : Учебное пособие . Бишкек ,
Издательство КРСУ ,2020
- 4) Триумфов А.В. Топическая диагностика заболеваний нервной системы 19-е
издание. Москва, 2015 г
- 5) Зенков Л.Р., Ронкин М.А.. Функциональная диагностика нервных болезней
/руководство для врачей. Москва 2013г
- 6) Латышева В.Я., Дривотинов Б.В., Олизарович М.В. Неврология и нейрохирургия./
Учебное пособие, Вышэйшая школа 2013г
- 7) Мусабекова Т.О., Хамзина А.И. Эпилепсия: Учебное пособие Бишкек, Издательство
КРСУ, 2017.

Дополнительная литература

- 1) Бочков Н.П., Гинтер Е.К. Наследственные болезни / национальное руководство. Москва 2012г
- 2) Бочков Н.П. «Клиническая генетика» Москва ГЭОТАР-МЦЛ 2002г.
- 3) Гольдблат Ю.В. Основы реабилитации неврологических больных: монография 2017г.
- 4) Гусев Е.И., Гехт А.Б.. Клинические рекомендации по проведению тромболитической терапии при ишемическом инсульте. Москва 2015г
- 5) Ермолаева А.И., Баранова Г.А. Вертеброгенные заболевания нервной системы. Учебное пособие. Пенза 2015г
- 6) Захарова Н.Е., Корниенко В.Н. и др. Нейровизуализация структурных и гемодинамических нарушений при травме мозга. Москва 2013г.
- 7) Алексеева Н.С.. Головокружение. Отоневрологические аспекты. 2-е издание. Москва 2017г
- 8) Аутоиммунные заболевания в неврологии. Пономарев В.В. Монография Белорусская наука 2010г
- 9) Практикум по неврологии_ Мартынов Ю.С., Соков Е.Л., Ноздрюхина Н.В., Струценко А.А., Шувахина Н.А. Российский университет дружбы народов 2013
- 10) Одинак М.М. Клиническая диагностика в неврологии. СпецЛит, 2010
- 11) Михайленко А.А. Клиническая неврология (семиотика и топическая диагностика). Учебное пособие. Фолиант 2014.