

**ПРИЛОЖЕНИЕ 8**

**Министерство образования и науки Российской Федерации  
Министерство образования и науки Кыргызской Республики**

**Государственное образовательное учреждение  
высшего профессионального образования  
Кыргызско-Российский Славянский университет**

**УТВЕРЖДАЮ**

Декан медицинского факультета

профессор  А.Г. Зарифьян

« 1 »  2018 г.



**ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ  
уровень подготовки кадров высшей квалификации**

**Программа ординатуры  
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.08.14**

**Детская онкология**

**РАССМОТРЕНА И ОДОБРЕНА**  
на заседании кафедры онкологии и  
лучевой терапии

Зав. кафедрой

профессор  З.П. Камарли

« 1 »  2018 г.

**Бишкек 2018**

Визирование ГИА в очередном учебном году

ГИА пересмотрена, обсуждена и одобрена для исполнения в 2020-2021 учебном году.

Председатель УМС факультета

 23 сентября 2020г.



**Программа составлена в соответствии с требованиями федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.14 детская онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 26 августа 2014 г. N 1101 и Постановлением Правительства КР №303 от 31.07.2007г.**

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

**Программу составили:**

**Профессор Макимбетов Э.К.**

## СОДЕРЖАНИЕ

<b>1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ</b>	<b>4</b>
1.1. Цель государственной итоговой аттестации	5
1.2. Порядок проведения государственной итоговой аттестации	6
1.2. Критерии оценивания государственной итоговой аттестации	7
<b>2. СОДЕРЖАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ</b>	<b>11</b>
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
<b>3. Материально-техническое и учебно-методическое обеспечение и РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА</b>	<b>35</b>

## 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:

Требования к результатам освоения программы ординатуры по специальности «Детская онкология»

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть

сформированы универсальные и профессиональные компетенции.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими универсальными компетенциями:

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

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

– готовностью к участию в педагогической деятельности по программам

среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3)

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

### **Профилактическая деятельность:**

– готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение

возникновения и (или) распространения онкологических заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

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

5

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

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

#### **Диагностическая деятельность:**

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

#### **Лечебная деятельность:**

– готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании

онкологической медицинской помощи (ПК-6);

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

#### **Реабилитационная деятельность:**

– готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии злокачественных новообразований и других методов у пациентов с онкологической патологией, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторнокурортном лечении (ПК-8);

Психолого-педагогическая деятельность:

– готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей

мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

### **Организационно-управленческая деятельность:**

- готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);
  - готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);
  - готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК 6
- соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

### **Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:**

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (подростки);
- родители;
- население;
- совокупность средств и технологий, предусмотренных при оказании медицинской помощи и направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

- профилактическая;
- диагностическая;
- лечебная;
- реабилитационная;
- психолого-педагогическая;
- организационно-управленческая.

Программа ординатуры включает в себя все виды профессиональной деятельности, к которым готовится ординатор.

Выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать следующие профессиональные задачи:

### **Профилактическая деятельность:**

- предупреждение возникновения онкологических заболеваний среди

населения путем проведения профилактических и противозидемических мероприятий;

- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения онкологических больных;
- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях онкологической заболеваемости различных возрастно-половых групп и ее влияния на состояние их здоровья;

**Диагностическая деятельность:**

– диагностика онкологических заболеваний и патологических состояний

пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

- диагностика неотложных состояний;
- диагностика беременности;
- проведение медицинской экспертизы;

**Лечебная деятельность:**

- оказание специализированной медицинской помощи онкологическим больным;
- участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;
- оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в медицинской эвакуации;

Реабилитационная деятельность:

- Проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения пациентов с онкологическими заболеваниями;
- Психолого-педагогическая деятельность:
- формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

**Организационно-управленческая деятельность:**

- применение основных принципов организации оказания онкологической помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
- организация и управление деятельностью медицинских организаций, и их структурных подразделений;
- организация проведения медицинской экспертизы;
- организация оценки качества оказания медицинской помощи

- пациентам;
- ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;
  - создание в медицинских организациях онкологического профиля и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;
  - соблюдение основных требований информационной безопасности.

Формирование профессиональных компетенций врача-детского онколога предполагает овладение врачом системой профессиональных знаний, умений, навыков, владений.

Перечень знаний, умений и владений врача-специалиста по детской онкологии (ординатора)

Врач-специалист детский онколог должен знать:

- Конституцию Кыргызской Республики;
- Законы и иные нормативные правовые акты Кыргызской Республики в сфере здравоохранения;
- Принципы организации онкологической помощи детям в Кыргызской Республике;
- Общие вопросы организации онкологической помощи населению, работы онкологических учреждений;
- Принципы выявления групп «риска» по онкологическим заболеваниям;
- Проведение динамического наблюдения за больными и необходимого обследования и лечения;
- Алгоритм консультации и госпитализации больных в установленном порядке;
- Проведение лечебных и реабилитационных мероприятий в соответствии с требованиями квалификационной характеристики;
- Алгоритм постановки диагноза и на основании полученных данных выработать индивидуальный план лечения больного, определить основные прогностические перспективы;
- Проведение экспертизы временной нетрудоспособности в соответствии с инструкцией «О порядке выдачи больничных листов» и направление на МСЭК;
- Ведение утвержденных форм учетно-отчетной документации;

-Осуществление профилактической работы, направленной на выявление

ранних и скрытых форм заболевания и факторов риска развития онкологической патологии;

- Знание принципов врачебной этики и деонтологии;

-Санитарно-гигиенические и профилактические мероприятия, направленные на снижение риска онкологических заболеваний;

-Основы канцерогенеза;

-Основы диагностики онкологических заболеваний;

-Задачи онкологической пропаганды и методы санитарного просвещения;

статистические отчетные формы;

-Правила санитарно-эпидемиологического режима;

-Основы трудового законодательства;

-Правила внутреннего трудового распорядка;

-Правила по охране труда и пожарной безопасности.

Врач-специалист детский онколог должен уметь:

-Получать информацию о заболевании, проводить обследование, выявлять общие и специфические признаки заболевания;

-Определять показания к госпитализации и организовать прием онкологических больных в онкологическом диспансере;

-Собрать жалобы и анамнез;

-Определять формулировку и обоснование предварительного диагноза всех заболеваний, имеющихся у больного: оценку степени их тяжести и экстренности лечения;

-Объективно исследовать больного по всем органам и системам, в том числе с использованием основного врачебного инструментария;

-Оценивать тяжесть состояния больного, применять необходимые меры для выведения больных из этого состояния, определить объем и последовательность лечебных мероприятий; проводить неотложные и реанимационные мероприятия;

-Определять необходимость специфических методов исследования (лабораторных, рентгенологических, лучевых, функциональных);

-Определять план и тактику ведения онкологических больных, назначать необходимые лекарственные средства и другие лечебные мероприятия;

-Организовать консультацию больного другими специалистами, осуществлять консультацию больных с подозрением на онкологию;

-Определять нетрудоспособность больного: временную, стойкую; направлять на экспертизу по временной или стойкой нетрудоспособности;

-Осуществлять мероприятия по реабилитации больных;

-Выявить общие и специфические признаки заболевания, особенно в случаях, требующих неотложной помощи или интенсивной терапии;

-Оценить тяжесть состояния, принять необходимые меры для выведения

больного из этого состояния, определить объем и последовательность реанимационных мероприятий, оказать необходимую срочную первую помощь, определить необходимость специальных методов исследования (лабораторных, рентгенологических, функциональных и др.), уметь интерпретировать их результаты, обосновать методику обезболивания, обосновать наиболее целесообразный план операции при данной патологии,

разработать схему послеоперационного ведения больного и профилактику

послеоперационных осложнений, установить диагноз и провести необходимое лечение;

-Обосновать клинический диагноз, выбрать адекватный план лечения с учетом

распространенности и морфологии опухоли, возраста и соматического статуса больного;

-план ведения больного, показания и противопоказания к операции;

-Правильно осмотреть и пальпаторно исследовать щитовидную железу, гортань, лимфотические узлы, молочные железы, кожу, мягкие ткани и опорно-двигательный аппарат; периферические лимфатические узлы, печень, селезенку;

-Сформулировать диагноз онкологического заболевания с учетом данных

клинико-инструментального обследования в соответствии с требованиями

классификации МКБ и TNM;

- Заполнить «Извещение о больном с впервые установленным диагнозом рака

или другого злокачественного новообразования» ф.090-;

-Уметь заполнить «Выписку из медицинской карты стационарного больного злокачественным новообразованием» ф. 027-1-у;

-Уметь составить "Отчет о больных: злокачественными новообразованиями" ф.

отчет-вкладыш №6;

Уметь изучать заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей

различных локализаций, их место в структуре онкологических заболеваний, а

также состояние диагностики и лечения злокачественных опухолей, данных

локализаций в КР и в РФ: запущенность, причины диагностических

ошибок и пути их устранения. Основные ошибки в лечении больных этой группы и пути их устранения

Врач-специалист детский онколог должен владеть:

- Пункционной и ножевой биопсией лимфатических узлов, опухолевых образований различных локализаций для цитологического исследования;
- Взятия мазков для цитологического исследования, изготовлением мазков отпечатков;
- Дренировать послеоперационные раны, ведение чистых и гнойных ран;
- Оценивать результаты проведенного лечения и его онкологическую эффективность;
- Организации диспансерного учета у данной группы больных;
- Правильного оформления и ведения «Контрольные карты диспансерного наблюдения ф030-б-у и 030-у и контрольных талонов к ней ф.0305-у.

Перечень практических навыков врача-специалиста детского онколога (ординатора)

Врач-специалист детский онколог должен владеть следующими практическими навыками:

- Методами пальпации органов и систем при подозрении на опухоль у детей;
- Техникой пункционного исследования при опухолях у детей;
- Техникой выполнения лечебных манипуляций в детской онкологии;
- основными методами профилактики заболеваний (медицинской, образовательной, психосоциальной);
- методами и формами проведения профосмотров диспансеризации и диспансерного наблюдения в целях сохранения и укрепления здоровья детского населения;
- методами реабилитации онкологических больных в детском возрасте.

Владеть навыками диагностики острых состояний:

- острые нарушения кровообращения головного мозга
- острая почечная недостаточность
- печеночная недостаточность
- острая надпочечниковая недостаточность
- гипертонический криз
- острая сосудистая недостаточность, шоковые состояния, коллапс, обморок

- острая левожелудочковая и правожелудочковая недостаточность, отек легких
- острые нарушения сердечного ритма и проводимости
- анафилактический шок, ангиоотек и другие острые аллергические реакции
- острая дыхательная недостаточность, асфиксия
- астматическое состояние
- тромбоэмболии легочной артерии и артерий других органов
- абдоминальный синдром
- кровотечения
- интоксикации
- остановка сердца

### **1.1. Цель государственного экзамена**

Целью государственной итоговой аттестации Детская онкология – подготовка квалифицированного врача-детского онколога, обладающего системой универсальных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности, в условиях первичной медико-санитарной помощи; специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи; скорой, в том числе специализированной, медицинской помощи; паллиативной медицинской помощи. 14.01.12 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 14.01.12 Детская 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 31.08.14. Детская 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 детских 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 детей 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 организывает 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 (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 “Детская онкология”.

В зависимости от результатов квалификационного экзамена комиссия открытым голосованием принимает решение “Присвоить звание (квалификацию) специалиста “врач- детский онколог” или “Отказать в присвоении звания (квалификации) специалиста “врач- детский 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 опухоли.
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 диагноз 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.
86. Лейкозы. Острые лимфобластные и миелобластные Хронический миелолейкоз, МДС
87. Острый лейкоз, лимфобластные варианты. Этиология, патогенез, классификации, клиника, диагностика, лечение, прогноз и реабилитация
88. Острый лейкоз, миелобластные варианты. Этиология, патогенез, классификации, клиника, диагностика, лечение, прогноз и реабилитация.
89. Хронические миелопролиферативные заболевания: ХМЛ, ХММЛ, ЮХММЛ, МДС. Этиология, патогенез, классификации, клиника, диагностика, лечение, прогноз и реабилитация.
90. Лимфомы у детей: Болезнь Ходжкина и неходжкинские лимфобластные лимфомы.
91. Лимфома Ходжкина Этиология, патогенез, классификации, клиника, диагностика, лечение, прогноз и реабилитация.
92. Неходжкинские лимфомы. Этиология, патогенез, классификации, клиника, диагностика, лечение, прогноз и реабилитация.
93. Злокачественные новообразования головного мозга у детей. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики и лечения, прогноз и реабилитация.
94. Злокачественные новообразования спинного мозга у детей. Этиология, патогенез, классификация, методы диагностики и лечения, прогноз и реабилитация.
95. Нейробластома. Классификация, этиология, патогенез, закономерности течения, клиника, диагностика, лечение, прогноз и реабилитация.
96. Другие опухоли периферической нервной системы у детей.
97. Злокачественные новообразования костной системы у детей
98. Саркома Юинга/примитивные эктодермальные опухоли. Классификация, этиология, патогенез, закономерности течения, клиника, диагностика, лечение, прогноз и реабилитация.
99. Редкие и доброкачественные опухоли костной системы у детей. Проблемы дифференциального диагноза.
100. Рабдомиосаркомы. Классификация, этиология, патогенез, закономерности течения, клиника, диагностика, лечение, прогноз и реабилитация.
101. Синовиальные саркомы. Классификация, этиология, патогенез, закономерности течения, клиника, диагностика, лечение, прогноз и реабилитация.

102. Ретинобластома. Классификация, этиология, патогенез, закономерности течения, клиника, диагностика, лечение, прогноз и реабилитация.
103. Опухоль Вилмса. Классификация, этиология, патогенез, закономерности течения, клиника, диагностика, лечение, прогноз и реабилитация.
104. Гемингогенноклеточные опухоли у детей. Классификация, этиология, патогенез, закономерности течения, клиника, диагностика, лечение, прогноз и реабилитация.
105. Редкие злокачественные новообразования у детей: гепатобластома, меланома, аденокарцинома, рак щитовидной железы и др.
106. Общие принципы лечения онкопатологии у детей.
107. Общие принципы лечения онкопатологии у детей. Интенсивная полихимиотерапия.
108. Сопроводительная терапия, критические ситуации в детской онкологии, реанимация и интенсивная терапия. Качество жизни. Паллиативная терапия.

## **2.2. Примерный перечень ситуационных задач, выносимых на государственную аттестацию**

### **Задача 1.**

В приемное отделение детской больницы поступил ребенок трех лет. Постоянно плачет.

Из анамнеза: в последнее время родители стали замечать увеличение живота в объеме, частые запоры, неотхождение газов.

Данные объективного обследования: общее состояние средней тяжести, постоянно плачет. Живот увеличен в размерах, болезненный при пальпации. Пальпаторно в брюшной полости – определяется опухоль больших размеров, малоподвижная с бугристой поверхностью.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?

Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.

Составьте план дополнительных методов обследования.

Составьте план лечения больного.

Обозначьте режим диспансерного наблюдения за больным.

### **Задача 2.**

На прием к врачу обратилась мама с ребенком 3-х лет. Жалобы на увеличение у мальчика размеров живота, повышение температуры до 38°, боли в животе.

Из анамнеза установлено: ребенок родился здоровым, рос и развивался нормально. За последние 2 месяца мальчик стал менее активным, отказывается играть со сверстниками. Стал плохо есть. Стул и мочеиспускание нормальные.

Данные объективного обследования: ребенок бледный, цианоз носогубного треугольника. Живот несколько увеличен в размерах, в верхней части живота слева пальпируется образование  $\approx 5$  см, плотное, бугристое, мало смещаемое.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?

Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.

Назначьте план дополнительных методов обследования.

Составьте план лечения больного.

Составьте план и обозначьте режим диспансерного наблюдения.

### **Задача 3.**

К участковому терапевту мать привела мальчика 13 лет. Его беспокоят слабость, кашель, одышка при физической нагрузке. Со слов матери выше упомянутые симптомы появились 4 месяца назад. В анамнезе частые простудные заболевания.

Данные объективного обследования: При осмотре правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледной окраски. При аускультации в легких ослабленное везикулярное дыхание, по всем полям выслушиваются единичные рассеянные сухие хрипы. Пульс 88 ударов в минуту. АД 110 /70 мм.рт.ст. На шее слева в средней трети и нижней ее трети, в подмышечной и паховой области пальпируются увеличенные лимфатические узлы от 1x1 до 2x2 см в диаметре, плотно эластичные, не спаянные между собой и кожей. Живот мягкий, безболезненный. Печень выходит из-под края реберной дуги на 6 см. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотная, безболезненная.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?

Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.  
Предполагаемая стадия заболевания?  
Назначьте план дополнительных методов обследования.  
Составьте план лечения больной.  
Обозначьте режим диспансерного наблюдения.

#### Задача 4.

К участковому терапевту мать привела мальчика 12 лет, с жалобами на увеличенные лимфатические узлы на шее, периодические подъемы температуры тела до 38 градусов без катаральных явлений. Увеличенные лимфатические узлы на шее появились около 3-х недель назад. Мать лечила компрессами - без эффекта. В анамнезе частые простудные заболевания.

Данные объективного обследования: При осмотре правильного телосложения, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые, бледной окраски. В легких выслушивается везикулярное дыхание. Пульс 88 ударов в 1 минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. На шее слева в средней и нижней ее трети увеличенные лимфатические узлы от 1х1см до 2х2 см в диаметре, плотно эластичные, не спаянные между собой и кожей. Живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Селезенка выступает из-под края реберной дуги на 3 см, плотная, безболезненная.

Вопросы:

Ваш предполагаемый диагноз, клиническая группа?  
Составьте дифференциально-диагностический ряд заболеваний.  
Предполагаемая стадия заболевания?  
Назначьте план дополнительных методов обследования.  
Составьте план лечения больной.

#### Задача 5.

Мальчик 13 лет жалуется на вялость, повышение температуры, потливость ночью, кожный зуд, снижение массы тела. Общее состояние ребенка тяжелое. Бледный, вспотевший. На левой половине шеи контурируется образование размером 5х4 см, при пальпации безболезненное, подвижное, «картошка в мешке». В ан. крови: эр.-  $3,3 \times 10^{12}$  /л, Нв-98 г/л, тр.-  $225 \times 10^9$  /л, лейкоц.-  $12,8 \times 10^9$  /л, эоз.- 4%, сегмент.- 52%, лимф.-33%, мон.-11%, СОЭ - 38 мм/час

Вопросы:

Предварительный диагноз?

Какое обследование необходимо назначите для подтверждения диагноза?

Назовите основные клинические синдромы и лабораторные феномены, которые имеют место у данного больного?

### **Задача 6.**

Ребенок 6 лет поступил в стационар с жалобами на частые носовые кровотечения, лихорадку. При обследовании в периферической крови установлено увеличение количества лейкоцитов до  $72 \times 10^9$  /л за счет лимфоцитов с преобладанием лимфобластных форм. Выявлены спленомегалия и гепатомегалия. Смерть наступила при явлениях нарушения мозгового кровообращения.

Вопросы:

Какое заболевание диагностировано у ребенка?

Назовите форму гемобластоза.

Объясните наиболее вероятные причины возникновения неврологических симптомов у ребенка

### **2.3. Перечень тестовых заданий, выносимых на государственную аттестацию**

**Выберите только ОДИН правильный ответ**

001. В структуре детской смертности в стране на первом месте стоит смертность

- а) от злокачественных опухолей
- б) от несчастных случаев
- в) от инфекционных заболеваний
- г) от сердечно-сосудистых заболеваний

002. Злокачественные новообразования среди причин детской смертности занимают место

- а) первое
- б) второе
- в) третье
- г) четвертое

003. К особенностям детской онкологии относятся
- а) врожденный характер большинства опухолей
  - б) связь многих опухолей с пороками развития
  - в) подавляющее преобладание саркоматозных опухолей
  - г) зависимость возникновения опухолей от трансплацентарных воздействий
  - д) все перечисленное
004. Особенности диагностики в детской онкологии связаны
- а) с невозможностью в большинстве случаев получения анамнеза от самого пациента
  - б) с малым числом визуально обнаруживаемых опухолей
  - в) с множеством "масок", под которыми скрываются злокачественные опухоли у детей
  - г) с необходимостью применения почти во всех случаях анестезиологического пособия
  - д) со всем перечисленным
005. Особенности лечения детей со злокачественными опухолями являются
- а) нарушение топографо-анатомических соотношений при многих опухолях у детей в связи с их врожденным характером
  - б) большие оперативные вмешательства у маленьких детей
  - в) высокая чувствительность большинства опухолей у детей к ионизирующему излучению и химиопрепаратам
  - г) повреждающее действие ионизирующего излучения на зоны роста и репродуктивную функцию
  - д) все перечисленные
006. Первое место в структуре онкогематологии у детей занимает
- а) лейкоз
  - б) лимфогранулематоз
  - в) лимфосаркома
007. Из солидных злокачественных опухолей наиболее часто встречаются в детском возрасте
- а) опухоли мягких тканей
  - б) опухоли почек
  - в) опухоли ЦНС
  - г) опухоли костей
  - д) нейrogenные опухоли

008. Основной причиной запущенности онкологических больных в детском и юношеском возрасте является

- а) поздняя обращаемость
- б) недооценка и неправильная трактовка клинических и лабораторных данных врачами общей больничной сети
- в) скрытое течение заболевания
- г) относительно малое число визуально определяемых новообразований

009. У детей в возрасте до 5 лет преобладает

- а) остеогенная саркома, саркома Юинга
- б) нейробластома
- в) опухоли мягких тканей
- г) опухоли головы и шеи

010. У детей в возрасте от 5 до 10 лет преобладают

- а) нейробластомы и нефробластомы
- б) тератоидные опухоли
- в) ретинобластомы
- г) остеогенная саркома и саркома Юинга
- д) опухоли головы и шеи

011. Типичная локализация нейрогенных опухолей у детей

- а) забрюшинная область
- б) заднее средостение
- в) органы брюшной полости
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

012. Наиболее часто нейрогенные опухоли встречаются у детей в возрасте

- а) 1-2 года
- б) 2-4 лет
- в) 4-8 лет
- г) 8-15 лет

013. Наиболее частой локализацией нейрогенных опухолей у детей является

- а) забрюшинная область
- б) заднее средостение

в) область шеи

014. Наименее зрелой нейрогенной опухолью у детей является

- а) ганглионеврома
- б) ганглионейробластома
- в) симпатогониома
- г) симпатобластома

015. Наиболее зрелой нейрогенной опухолью у детей является

- а) ганглионеврома
- б) ганглионейробластома
- в) симпатогониома
- г) симпатобластома

016. Опухоли симпатической нервной системы у детей в структуре солидных опухолей составляют

- а) до 10% всех новообразований
- б) до 25% всех новообразований
- в) до 50% всех новообразований
- г) до 75% всех новообразований

017. Наиболее часто нейрогенные забрюшинные опухоли у детей пальпируются

- а) в верхней половине живота
- б) в нижней половине живота
- в) в полости малого таза

018. При пальпации забрюшинная нейрогенная опухоль обычно

- а) неподвижная, бугристая, занимает среднюю линию живота
- б) подвижная, гладкая, пальпируется в нижнем отделе живота
- в) умеренно подвижная, плотноэластической консистенции, за среднюю линию живота не переходит
- г) умеренно подвижная, мелкобугристая, эластической консистенции, пальпируется в эпигастральной области

019. Наиболее часто наблюдаемыми признаками при нейробластоме у детей являются

- а) гиперемия кожи, наличие альфа-фетопротеина в сыворотке крови, артериальная гипотония
- б) бледность кожных покровов, артериальная гипертония, повышение экскреции с мочой катехоламинов и метаболитов

в) бледность кожных покровов, гематурия, увеличение показателей трансаминаз в сыворотке крови

020. Опухоли симпатической нервной системы у детей наиболее часто метастазируют

- а) в костный мозг
- б) в печень
- в) в лимфатические узлы
- г) в кости
- д) в легкие

021. Признаком, патогномичным злокачественным нейрогенным опухолям у детей является

- а) выявленный высокий титр реакции Абелева - Татаринова
- б) высокий уровень катехоламинов в моче
- в) высокий уровень глюкозы в крови
- г) "сосудистые звездочки" на коже
- д) макрогематурия

022. Основным методом установочной диагностики при забрюшинных нейрогенных опухолях является

- а) аортография
- б) выделительная урография
- в) радиоизотопное сканирование костей
- г) определение экскреции катехоламинов
- д) исследование костного мозга

023. Для определения тактики оперативного лечения забрюшинных нейрогенных опухолей решающим методом диагностики является

- а) сканирование костей
- б) ультразвуковая томография
- в) компьютерная томография
- г) абдоминальная аортография
- д) выделительная урография

024. Артериальная гипертония у детей при опухолях симпатической нервной системы наблюдается

- а) у всех больных
- б) в 30% наблюдений
- в) в 50% наблюдений
- г) в 70% наблюдений
- д) не наблюдается

025. Повышение экскреции катехоламинов и их метаболитов наблюдается при нейробластомах

- а) во всех наблюдениях
- б) в 30% наблюдений
- в) в 50% наблюдений
- г) в 70% наблюдений
- д) не наблюдается

026. Оптимальные методы диагностики феохромоцитомы

- а) ангиография
- б) определение экскреции катехоламинов
- в) определение экскреции метаболитов катехоламинов
- г) "провокационная" проба
- д) адреналитическая проба

027. Способна к созреванию (реверсии) у детей

- а) нефробластома
- б) нейробластома
- в) тератобластома
- г) гепатобластома

028. Поражение по типу "песочных часов" при забрюшинных опухолях у детей характерно

- а) для нефробластомы
- б) для нейробластомы
- в) для тератобластомы
- г) для рака коры надпочечников

029. Лечебная тактика при нейробластоме в виде "песочных часов" включает

- а) химиотерапию + лучевую терапию
- б) удаление забрюшинной опухоли + ламинэктомию
- в) ламинэктомию + удаление забрюшинной опухоли
- г) химиотерапию + ламинэктомию + удаление забрюшинной опухоли + химиотерапию

030. Преимущественная локализация нейрогенных опухолей в средостении

- а) заднее средостение
- б) переднее средостение
- в) корень легкого

- г) реберно-диафрагмальный синус
- д) вилочковая железа

031. Рентгенологическим признаками нейрогенной опухоли заднего средостения являются

- а) локализация в реберно-позвоночном углу
- б) расширение межреберных пространств на стороне опухоли
- в) истончение и узурация ребер в области опухоли
- г) все перечисленное
- д) только б) и в)

032. Наиболее информативным методом диагностики нейрогенной опухоли заднего средостения является

- а) полипозиционная рентгенография
- б) бронхоскопия
- в) пневмомедиастинография
- г) ангиография

033. Оптимальным доступом для удаления опухоли заднего средостения любых размеров является

- а) задне-боковой
- б) боковой
- в) передне-боковой
- г) чрезгрудинный
- д) передне-боковой с разрезом на шее

034. Дифференциальный диагноз нейрогенной опухоли средостения проводится

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

035. Для нейрогенных опухолей заднего средостения у детей наиболее характерны

- а) локализация в реберно-позвоночном углу
- б) наличие обызвествления в опухоли
- в) деструкция в прилегающих к опухоли отделах скелета
- г) деформация ребер
- д) все перечисленные

036. Для выявления выпота в плевральных полостях наиболее часто применяют

- а) рентгенографию грудной клетки в двух проекциях
- б) латерографию
- в) томографию в прямой проекции
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы а) и в)

037. Для уточнения опухолевого процесса в средостении у детей могут применяться

- а) рентгенография в прямой и боковой проекциях
- б) компьютерная томография
- в) рентгеновская томография
- г) ультразвуковая томография
- д) все перечисленное

038. В структуре солидных опухолей у детей первичные гепатомы

- а) занимают второе место после нефробластомы
- б) составляют до 40% всех опухолей у детей
- в) составляют до 4% всех опухолей у детей

039. К факторам, способствующим возникновению опухолей печени у детей, относятся

- а) цирроз печени
- б) недостаток витаминов группы В
- в) гепатит "В" во время беременности матери
- г) токсическое влияние лекарственных препаратов, применяемых во время беременности матерью
- д) все перечисленное

040. Наиболее часто гепатобластомы встречаются в возрасте

- а) до 2 лет
- б) после 2 лет
- в) после 10 лет
- г) после 15 лет

041. Гепатоцеллюлярный рак наиболее часто встречается в возрасте

- а) до 2 лет
- б) после 5 лет
- в) у детей не встречается

042. Среди доброкачественных опухолей печени у детей первое место занимает

- а) аденома
- б) тератома
- в) кавернозная гемангиома
- г) гамартома

043. Ведущим симптомом при опухоли печени у детей является

- а) увеличение печени
- б) желтуха
- в) кахексия
- г) боль в животе
- д) развитая подкожная венозная сеть

044. Реакция Абелева - Татаринова (определение альфа-фетопротеина) при гепатобластомах у детей обычно

- а) положительная у всех больных
- б) положительная у детей до года
- в) ложноотрицательная в 25% случаев

045. Реакция Абелева - Татаринова при гепатоцеллюлярном раке у детей положительная

- а) у всех больных
- б) у 50% больных
- в) у 75% больных

046. Для злокачественных опухолей печени у детей наиболее характерны следующие изменения

- а) гипертромбоцитоз
- б) гиперхолестеринемия
- в) повышение концентрации  $\alpha$ -глобулинов
- г) снижение общего белка
- д) все перечисленное

047. Для установления диагноза опухоли печени у детей применяются

- а) ангиография
- б) урография
- в) обзорная рентгенография брюшной полости на фоне пневмоперитонеума
- г) компьютерная томография
- д) все перечисленные методы

048. При диагностике опухолей печени у детей противопоказаны

- а) аспирационная биопсия
- б) пункционная биопсия
- в) лапароскопия с биопсией
- г) правильные ответы а) и б)

049. Ребенку 1 год. В правой половине живота определяется плотная, неподвижная опухоль, уходящая в подреберье. Нижняя граница опухоли до пупочной линии, левая переходит влево за среднюю линию живота. Реакция Абелева - Татаринова резко положительная. На урограммах отмечено смещение собирательной системы правой почки книзу и латерально. Для уточнения диагноза ребенку следует выполнить:  
1) сканирование печени                    2) аспирационную биопсию опухоли  
3) определение экскреции катехоламинов                    4) аортографию  
5) диагностическую лапаротомию    б) исследование желудочно-кишечного тракта с барием

- а) правильно 1, 3 и 4
- б) правильно 2, 3 и 6
- в) правильно 3 и 4
- г) правильно 1, 4 и 6

050. Ребенку 13 лет. При обследовании (проведена аортография, имеется положительная реакция Абелева - Татаринова) установлен диагноз: злокачественная опухоль левой доли печени с внутриорганными метастазами в правую долю. Ребенку следует рекомендовать

- а) резекцию правой доли печени и гемигепатэктомию слева
- б) химиотерапию
- в) дистанционную g-терапию
- г) отказ от лечения

051. Ребенку 10 лет. Произведена клиновидная резекция правой доли печени по поводу гепатокарциномы. Опухоль размером 22 см. Такая операция

- а) может считаться радикальной
- б) не может считаться радикальной
- в) результат не определяется размерами опухоли

052. Ребенку 1 год. Опухоль располагается в левом подреберье, мягко-эластической консистенции, ограниченно подвижная. В области правой лопатки и на левой ягодице капиллярные гемангиомы. Кожные

покровы бледные. При аускультации над опухолью прослушивается систолический шум. Наиболее вероятный диагноз

- а) гепатобластома
- б) эхинококк
- в) гликогеновая болезнь
- г) кавернозная гемангиома
- д) нефробластома

053. Остеогенная саркома у детей наиболее часто встречается в возрасте

- а) до 2 лет
- б) от 2 до 10 лет
- в) старше 10 лет

054. Метастазы в легких при остеогенной саркоме у детей чаще выявляются к концу

- а) первого полугодия от момента установления диагноза
- б) первого года
- в) второго года

055. Наиболее характерным клиническим проявлением остеогенной саркомы у детей в начальной стадии заболевания является

- а) боль при ходьбе
- б) ночные боли
- в) необъяснимое повышение температуры тела

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

- а) правильно 1, 2, 3, 4, 5
- б) правильно 3, 2, 1, 4, 5
- в) правильно 2, 3, 1, 4, 5

057. Типичной локализацией остеогенной саркомы является

- а) диафиз трубчатых костей
- б) метаэпифизарная зона
- в) плоские кости

058. В подавляющем большинстве случаев остеогенная саркома поражает: 1)дистальный отдел бедренной кости 2)проксимальный отдел бедренной кости 3)дистальный отдел большеберцовой кости

4) проксимальный отдел большеберцовой кости 5) плечевую кость 6) кости предплечья 7) плоские кости

- а) правильно 1, 4 и 5
- б) правильно 2, 3 и 6
- в) правильно 1, 5 и 6
- г) правильно 4, 6 и 7

059. Наиболее характерными рентгенологическими признаками остеогенной саркомы являются 1) слоистый периостит 2) "козырек" Кодмена 3) спикулы 4) мелкоячеистая деструкция 5) наличие секвестров

- а) правильно 1 и 2
- б) правильно 3 и 4
- в) правильно 1 и 5
- г) правильно 2 и 3

060. Достоверно установить диагноз остеогенной саркомы позволяет

- а) рентгенография
- б) ангиография
- в) компьютерная томография
- г) морфологическое исследование
- д) сканирование костей

061. Остеогенную саркому следует дифференцировать

- а) с саркомой Юинга
- б) с острым гематогенным остеомиелитом
- в) с артритом
- г) с посттравматическими изменениями
- д) со всеми указанными заболеваниями

062. Основным методом лечения остеогенной саркомы является

- а) хирургический
- б) лучевой
- в) химиотерапия
- г) комплексный
- д) комбинированный (химиотерапия + операция)

063. У больного 6 лет диагностирована остеогенная саркома дистального метадиафиза бедренной кости. Ему следует выполнить

- а) подвартельную ампутацию бедра
- б) экзартикуляцию бедра
- в) выскабливание опухоли
- г) органосохранную операцию

064. Больная 14 лет. Рост 170 см. Диагноз: остеогенная саркома проксимального метафиза бедренной кости. Мягкотканый компонент слабо выражен. Рентгенологическая протяженность 7 см. Наиболее оптимальным объемом оперативного вмешательства является

- а) экзартикуляция бедра
- б) резекция бедра с эндопротезированием или аллопластикой
- в) выскабливание опухоли

065. Больной 12 лет. Диагноз: остеогенная саркома дистального метадиафиза большеберцовой кости. Ему следует произвести ампутацию

- а) на границе верхней и нижней трети большеберцовой кости
- б) на границе средней и нижней трети бедра
- в) экзартикуляцию в коленном суставе

066. Ребенок 10 лет. Диагноз: остеогенная саркома дистального метадиафиза бедра. До начала специального лечения произошел патологический перелом. Лечебная тактика в данном случае предусматривает

- а) иммобилизацию + химиотерапию
- б) иммобилизацию + лучевую терапию
- в) операцию остеосинтеза + химиотерапию
- г) подвертельную ампутацию бедра + химиотерапию

067. Больная 13 лет. Диагноз: остеогенная саркома дистального метадиафиза бедра. Мягкотканый компонент слабо выражен. Рентгенологическая протяженность 11 см. Метастазы в легкие. Больной следует рекомендовать

- а) химиотерапию + подвертельную ампутацию бедра
- б) химиотерапию + резекцию бедра с эндопротезированием
- в) отказ от лечения

068. Наиболее часто встречающейся нозологической формой опухолей яичников у детей является

- а) герминогенная опухоль
- б) рак яичников
- в) опухоль стромы полового тяжа

069. Среди герминогенных опухолей яичников у детей наиболее часто наблюдаются

- а) тератобластомы
- б) эмбриональный рак

- в) опухоли желточного мешка
- г) хорионэпителиомы матки

070. Наиболее часто злокачественные опухоли яичников проявляются в возрасте

- а) от 0 до 3 лет
- б) от 3 до 10 лет
- в) от 11 до 15 лет

071. Боли при опухолях яичников у детей носят характер

- а) постоянных
- б) острых
- в) периодических возникающих

072. При подозрении на злокачественную опухоль яичников у девочек обязательным методом диагностики является

- а) реакция Абелева - Татаринова
- б) реакция на раковый эмбриональный антиген
- в) определение титра хорионического гонадотропина

073. При подозрении на опухоль яичников у детей обязательным методом рентгенологического исследования является

- а) выделительная урография
- б) исследование желудочно-кишечного тракта
- в) ангиография
- г) компьютерная томография

074. Оптимальным оперативным доступом при опухолях яичников у детей является

- а) срединный
- б) разрез Пфанненштиля
- в) ниже-срединный

075. Наиболее часто метастазирование при злокачественных опухолях яичников у детей

- а) в печень
- б) в легкие
- в) в забрюшинные лимфатические узлы

076. У ребенка установлен диагноз: тератобластома яичника. Ему следует рекомендовать

- а) только операцию

- б) операцию + химиотерапию
- в) только химиотерапию

077. Наиболее радиорезистентной опухолью яичников у детей является

- а) дисгерминома
- б) рак яичника
- в) тератобластома

078. Наиболее рациональной схемой химиотерапии при злокачественных опухолях яичников следует считать

- а) VAB-6 (винбластин + циклофосфан + дактиномицин + блеомицин-1 + платидиам)
- б) винбластин + циклофосфан + дактиномицин
- в) адриамицин + платидиам

079. Возраст, наиболее подверженный заболеванию рабдомиосаркомой половых органов у детей

- а) 0-5 лет
- б) 5-10 лет
- в) 11-15 лет

080. Раннее клиническое проявление рабдомиосаркомы половых органов у девочек выражается

- а) болями в животе
- б) вульвовагинитом
- в) выделениями из влагалища

081. Основной метод диагностики злокачественных опухолей яичников у детей - это

- а) выделительная урография
- б) пальпация живота с релаксантами и вагиноскопией
- в) ультразвуковая томография

082. Наиболее часто встречающейся нозологической формой рабдомиосаркомы половых органов у детей является

- а) альвеолярная
- б) ботриоидная
- в) смешанная

083. Оптимальная тактика при рабдомиосаркоме влагалища у детей включает

- а) химиотерапию + операцию
- б) операцию + g-терапию
- в) химиотерапию + g-терапию
- г) химиотерапию + операцию + внутриволостное облучение

084. Объем оперативного вмешательства при рабдомиосаркоме влагалища у девочек включает

- а) иссечение опухоли
- б) экстирпацию матки с влагалищем
- в) биопсию опухоли с химиотерапией

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

- а) экстирпацию матки с трубами и верхней третью влагалища
- б) конизацию шейки матки
- в) пангистерэктомия

086. Наиболее часто применяемыми схемами химиотерапии при злокачественных опухолях половых органов у детей следует считать

- а) VAB-6
- б) винкристин + дактиномицин + циклофосфан + адриамицин
- в) VP-16-213

087. Наиболее часто встречающейся морфологической формой злокачественных опухолей мочевого пузыря у детей является

- а) рак мочевого пузыря
- б) рабдомиосаркома мочевого пузыря
- в) папилломатоз

088. Наиболее часто встречающейся локализацией злокачественных опухолей мочевого пузыря является

- а) дно
- б) тело
- в) треугольник
- г) устье мочеточников

089. Ранними клиническими проявлениями злокачественной опухоли мочевого пузыря у детей является

- а) цистит
- б) изменения в моче (лейкоциты, эритроциты)
- в) боль в животе
- г) пальпируемая опухоль

090. Основным методом диагностики злокачественной опухоли мочевого пузыря у детей является

- а) цистоскопия с биопсией
- б) цистография
- в) лапароскопия

091. Для злокачественной опухоли мочевого пузыря наиболее характерным проявлением является

- а) раннее метастазирование (в пределах 6 месяцев)
- б) наличие восходящей инфекции
- в) почечная недостаточность

092. Лечение злокачественной опухоли мочевого пузыря у детей включает

- а) химиотерапию + g-терапию + операцию + химиотерапию
- б) химиотерапию + операцию + g-терапию
- в) операцию + g-терапию

093. Реабилитация детей, больных злокачественными новообразованиями, включает

- а) психологическую реабилитацию
- б) физическую реабилитацию
- в) социальную реабилитацию
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

094. Под психологической реабилитацией в детской онкологии понимают

- а) деонтологические аспекты: врач - больной
- б) обеспечение преподавания на дому
- в) косметическую реабилитацию
- г) все перечисленное
- д) только а) и в)

095. Сроки наблюдения за больными детьми со дня окончания лечения составляют

- а) до 2 лет
- б) 2 года
- в) от 2 до 5 лет
- г) 5-10 лет

096. Особенности оперативных вмешательств у детей раннего возраста с онкологическими заболеваниями являются

- а) большие операции у маленьких детей
- б) необходимость минимальной кровопотери и предварительной перевязки сосудов
- в) снижение иммунитета после предоперационной специальной терапии
- г) все перечисленное

097. Особенности опухолей у детей раннего возраста являются

- а) врожденный характер большинства опухолей
- б) трансплацентарный blastomagenesis
- в) наследственный характер ряда опухолей
- г) сочетание ряда опухолей с пороками развития
- д) все перечисленное

098. Наиболее распространенными психическими реакциями во время лечения детей с опухолями являются

- а) депрессивные реакции
- б) астено-депрессивные реакции
- в) астено-невротические реакции
- г) дисфорические реакции
- д) дистимические реакции

099. В проблеме сообщения диагноза детям в отечественной онкопедиатрии существует следующее правило

- а) с самого начала открыто говорить больному о заболевании
- б) не сообщать ребенку о диагнозе
- в) решать этот вопрос в зависимости от мнения родителей, психологического состояния ребенка, возраста
- г) сообщить о заболевании, если ребенок сам начнет задавать вопросы о болезни

100. Нефробластома наиболее часто встречается в возрасте

- а) до 1 года
- б) от 2 до 5 лет
- в) от 6 до 9 лет
- г) от 10 до 15 лет

101. Для детского возраста наиболее характерными злокачественными опухолями являются: 1) саркома Юинга

2) тератобластома 3) рабдомиосаркома 4) нефробластома 5) нейробластома  
6) остеогенная саркома 7) ретинобластома 8) лейкоз 9) лимфосаркома

- а) все перечисленные
- б) только 2, 4, 5 и 7
- в) только 1, 3, 8 и 9
- г) только 1, 2, 7 и 8

102. Аномалии генетического аппарата у больных нефробластомой встречаются

- а) часто
- б) редко
- в) закономерно
- г) не встречаются

103. Наиболее часто встречающимся морфологическим вариантом нефробластомы является

- а) типичный
- б) тубулярный
- в) кистозный
- г) фетальный рабдомиоматозный
- д) саркоматозный

104. Морфологический вариант нефробластомы

- а) определяет выбор лечебной тактики
- б) влияет на прогноз заболевания
- в) не определяет выбор лечебной тактики
- г) правильные ответы а) и б)
- д) нет правильного ответа

105. Частота нефробластомы среди других злокачественных солидных опухолей детского возраста составляет

- а) до 10%
- б) 20-30%
- в) 30-50%
- г) свыше 50%

106. Наиболее благоприятный прогноз у больных со следующим морфологическим вариантом нефробластомы

- а) анапластический
- б) тубулярный
- в) кистозный
- г) саркоматозный

д) с преобладанием неэпителиального компонента

107. Наименее благоприятный прогноз у больных со следующим морфологическим вариантом нефробластомы

- а) анапластический
- б) тубулярный
- в) кистозный
- г) саркоматозный
- д) с преобладанием неэпителиального компонента

108. Оптимальный оперативный доступ для нефрэктомии по поводу нефробластомы - это

- а) параректальный разрез
- б) срединный разрез
- в) поясничный разрез
- г) поперечный разрез
- д) правильные ответы б) и г)

109. Резистентным к химиолучевому лечению является следующий морфологический вариант нефробластомы

- а) анапластический
- б) кистозный
- в) саркоматозный
- г) все перечисленные

110. При подозрении на опухоль брюшной полости или забрюшинного пространства необходимыми рентгенологическими методами исследования являются: 1) рентгенография грудной клетки 2) томография средостения 3) цистография 4) выделительная урография 5) холеграфия 6) исследование желудочно-кишечного тракта с бариевой взвесью

- а) все перечисленные
- б) только 1, 3, 4 и 5
- в) только 1, 4 и 6
- г) только 2, 5 и 6

111. Для опухолей почек у детей характерны следующие рентгенологические признаки: 1) деформация чашечно-лоханочной системы 2) увеличение размеров почки 3) смещение почки без деформации чашечно-лоханочной системы 4) смещение одного из полюсов почки без деформации чашечно-лоханочной системы 5) "немая" почка

- а) все перечисленное
  - б) только 1 и 2
  - в) только 1, 2 и 5
  - г) только 3 и 4
112. Ранними клиническими признаками нефробластомы являются
- а) небольшая бледность кожных покровов
  - б) отсутствие аппетита
  - в) микрогематурия
  - г) анемия
  - д) все перечисленное
113. Поздними клиническими признаками нефробластомы являются
- а) бледность кожных покровов
  - б) наличие пальпируемой опухоли в животе
  - в) вялость, выраженная слабость
  - г) отсутствие аппетита
  - д) все перечисленное
114. Причинами запущенности при нефробластоме являются
- а) ранний возраст ребенка
  - б) отсутствие онкологической настороженности у педиатров
  - в) и то, и другое
  - г) ни то, ни другое
115. Нефробластома при пальпации характеризуется следующими признаками: 1) поверхность гладкая, реже крупнобугристая 2) поверхность мелкобугристая 3) малоподвижная 4) неподвижная 5) консистенция эластическая б) консистенция плотная
- а) правильные ответы 2, 4 и 6
  - б) правильные ответы 1, 3 и 5
  - в) все ответы правильные
116. Дифференцировать нефробластому следует
- а) с опухолями забрюшинного пространства
  - б) с гидронефрозом
  - в) с лимфосаркомой брюшной полости
  - г) со спленомегалией
  - д) со всем перечисленным
117. Основным методом лечения нефробластомы у детей является

- а) химиотерапия
- б) лучевая терапия
- в) хирургическое лечение
- г) комбинированное лечение
- д) комплексное лечение

118. При лечении нефробластомы у детей до года применяются

- а) химиотерапия + нефрэктомия
- б) только нефрэктомия
- в) лучевая терапия + нефрэктомия
- г) химиотерапия + нефрэктомия + химиотерапия

119. Сроки диспансерного наблюдения детей, больных нефробластомой, после окончания радикального лечения составляют

- а) 1.5 года
- б) 2 года
- в) 3 года
- г) 5 лет

120. Современные методы химиолучевого лечения практически неэффективны при следующих морфологических вариантах нефробластомы

- а) светлоклеточном
- б) рабдомиоматозном
- в) тубулярном
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

121. Метастазирование при нефробластоме

- а) встречается часто
- б) встречается редко
- в) не встречается совсем

122. Метастазы при нефробластоме у детей практически не встречаются

- а) при типичном морфологическом варианте
- б) мезобластической нефроме
- в) при тубулярном морфологическом варианте
- г) при саркоматозном морфологическом варианте
- д) при кистозном морфологическом варианте

123. Проведение аортографии является обязательным в следующей стадии нефробластомы у детей

- а) I-II стадии
- б) III стадии
- в) IV стадии
- г) I стадии
- д) при всех стадиях

124. Высокая частота метастазирования в кости наблюдается при следующем морфологическом варианте нефробластомы

- а) типичном
- б) анапластическом
- в) саркоматозном
- г) кистозном
- д) рабдоидном

125. Для нефробластомы характерно метастазирование

- а) в легкие
- б) в печень
- в) в кости
- г) в лимфатические узлы
- д) во все перечисленные органы

126. Для нефробластомы характерны следующие варианты метастазирования в легкие

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

127. У ребенка установлен диагноз: двусторонняя нефробластома. Имеется тотальное поражение правой почки и опухоль левой в области верхнего полюса размером 22 см. Тактика хирурга включает

- а) отказ от операции, назначение химиотерапии
- б) резекцию верхнего полюса левой почки с последующей нефрэктомией справа
- в) нефрэктомиию справа с последующей резекцией верхнего полюса левой почки

128. Расширение тени средостения у детей чаще всего связано

а) с увеличением внутригрудных лимфатических узлов при злокачественных лимфомах

б) с нейрогенной опухолью средостения

в) с центральным раком легкого

г) с опухолью пищевода

д) с тератогенной опухолью

129. Для опухолей вилочковой железы характерны

а) локализация в заднем средостении

б) локализация в переднем средостении

в) изменение в костях грудной клетки

г) наличие обызвествлений в опухоли

д) все перечисленное

130. При злокачественных эпителиальных опухолях желудочно-кишечного тракта у детей используются следующие методы лечения

а) химиотерапия

б) лучевая терапия

в) оперативное лечение

г) комбинированные методы

131. Для тератогенных опухолей средостения характерны следующие рентгенологические признаки

а) локализация в реберно-позвоночном углу

б) наличие обызвествлений в опухоли

в) расположение в нижних и средних отделах переднего средостения

г) все перечисленное

д) правильные ответы б) и в)

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

а) все ответы правильные

б) правильные ответы 5, 6 и 7

в) правильные ответы 1, 2, 3, и 4

г) правильные ответы 2, 4, 6 и 7

133. Для злокачественных первичных опухолей костей у детей характерны следующие рентгенологические признаки: 1) отсутствие

периостальной реакции 2) поражение нескольких костей 3) отсутствие мягкотканного компонента 4) слоистая периостальная реакция 5) наличие "козырька" Кодмэна 6) выраженный мягкотканый компонент 7) образование секвестров 8) мелкоочаговая деструкция 9) крупные литические очаги

- а) все ответы правильные
- б) правильные ответы 1, 2, 3 и 7
- в) правильные ответы 4, 5, 6, 8 и 9

134. Для метастатического поражения костей у детей наиболее характерны следующие рентгенологические признаки: 1) поражение одной кости 2) литические очаги, окруженные склеротическим ободком 3) множественное поражение скелета 4) мелкоочаговая деструкция 5) участки деструкции без четких контуров

- а) все ответы правильные
- б) правильные ответы 3, 4 и 5
- в) правильные ответы 1, 2 и 3
- г) правильные ответы 2, 4 и 5

135. Объективные данные осмотра при меланоме кожи выявляют

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

136. При меланоме кожи у детей выявляются следующие изменения

- а) анемия, ускорение СОЭ, лейкоцитоз
- б) положительная реакция Абелева - Татарина
- в) повышение экскреции катехоламинов с мочой
- г) диспротеинемия, повышение трансаминаз
- д) правильного ответа нет

137. Дифференциальный диагноз меланомы у детей проводится

- а) с гемангиомой
- б) с пигментной ксеродермой

- в) с пигментным невусом
- г) с плоскоклеточным раком кожи
- д) со всем перечисленным

138. При лечении меланомы кожи у детей применяют 1) химиотерапию 2) кератолитические жидкости и мази 3) оперативное лечение 4) лучевую терапию 5) криотерапию

- а) все ответы правильные
- б) правильные ответы 1, 3 и 5
- в) правильные ответы 2, 4

139. Хирургический метод лечения при меланоме кожи у детей включает

- а) частичное иссечение опухолевой ткани с гистологическим исследованием
- б) глубокое иссечение кожи с опухолью с захватом подкожной клетчатки до фасции
- в) объем операции зависит от размеров опухоли

140. Дополнительными методами лечения при меланоме кожи у детей являются

- а) облучение опухоли и прилежащей кожи
- б) полихимиотерапия с учетом стадии процесса и степени инвазии
- в) гормонотерапия и противовоспалительная терапия

141. Наиболее рациональной программой лечения меланомы кожи IV степени инвазии по Кларку является

- а) радикальная операция с последующим наблюдением
- б) радикальная операция + полихимиотерапия в течение одного года с последующим наблюдением в течении пяти лет
- в) радикальная операция с последующей химиотерапией в течение полутора лет
- г) лучевая терапия с последующей биопсией опухоли и монохимиотерапией
- д) 2 курса полихимиотерапии + операция + лучевая терапия на ложе опухоли

142. Метастазы меланомы возможны

- а) в печень
- б) в легкие

- в) в лимфатические узлы
- г) в кожу и подкожную клетчатку
- д) во все перечисленные органы

143. Система или орган, которому присущи наиболее частое поражение при остром лейкозе - это

- а) яичко
- б) нервная система
- в) глаза
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

144. Прогноз течения острого лейкоза наиболее благоприятный в возрасте

- а) 6 месяцев
- б) 7 лет
- в) 12 лет
- г) 14 лет

145. Характерными изменениями в анализах крови в начале заболевания острым лейкозом являются

- а) анемия
- б) ромбоцитопения
- в) скорение СОЭ
- г) лейкоплакия или лейкоцитоз
- д) все перечисленное

146. На острый лейкоз среди гемобластозов у детей приходится

- а) 10%
- б) 30%
- в) 50%
- г) 60%

147. На острый лимфобластный лейкоз приходится

- а) до 6%
- б) до 50%
- в) до 80%

148. Острым лейкозом в России ежегодно заболевают

- а) до 1-2 тысяч
- б) до 3-5 тысяч

- в) до 6-8 тысяч
149. Чаще болеют острым лейкозом дети в возрасте
- а) 1-2 лет
  - б) 2-5 лет
  - в) 6-10 лет
150. Чаще болеют острым лейкозом
- а) мальчики
  - б) девочки
  - в) и те, и другие одинаково часто
151. Из этиологических факторов более всего влияют на развитие острого лейкоза
- а) инфекции
  - б) облучение
  - в) алкоголь
152. Хромосомные аномалии у больных острым лейкозом встречаются
- а) менее чем в 50% наблюдений
  - б) более чем в 50% наблюдений
  - в) в 100% наблюдений
153. Чаще встречается у детей
- а) острый миелобластный лейкоз
  - б) острый лимфобластный лейкоз
  - в) хронический миелобластный лейкоз
154. Провести точную дифференцировку лейкозов позволяют следующие методы диагностики
- а) клинические
  - б) морфологические
  - в) цитохимические
155. Наличие бластов в периферической крови при остром лейкозе
- а) обязательный признак
  - б) необязательный признак
  - в) редкий признак
156. Более выражен геморрагический синдром у детей
- а) при остром лимфобластном лейкозе

- б) при остром миелобластном лейкозе
- в) одинаково часто при обеих формах

157. Профилактика нейролейкоза должна начинаться

- а) с индукции ремиссии
- б) с ремиссии
- в) с реиндукции

158. О нейролейкозе можно думать при наличии клеток в ликворе

- а) до 5
- б) более 5
- в) более 10

159. Для профилактики нейролейкоза проводится облучение головного мозга

- а) проводится обязательно
- б) не является обязательным
- в) не проводится

160. При профилактики нейролейкоза у детей наиболее часто используются следующие схемы химиотерапии

- а) цитозар + метотрексат + преднизолон
- б) винкристин + циклофосфан
- в) метотрексат + винкристин + преднизолон
- г) преднизолон

161. Поддерживающая терапия у детей при современных программах лечения острого лейкоза проводится в течение

- а) менее 1 года
- б) до 2 лет
- в) до 5 лет

162. На рецидив острого лейкоза у ребенка указывает наличие бластных клеток

- а) более 5%
- б) более 10%
- в) более 15%

163. Исследование костного мозга при поддерживающей терапии острого лейкоза проводится

- а) раз в месяц
- б) перед каждой реиндукцией

в) раз в полгода

164. Иммунокоррекцию при остром лейкозе следует проводить в период

- а) индукции ремиссии
- б) ремиссии
- в) реиндукции
- г) правильные ответы б) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

165. Пересадка костного мозга при остром лейкозе применяется

- а) при первой ремиссии
- б) при рецидиве
- в) при второй ремиссии

166. Возрастной пик заболевания детей лимфосаркомой обычно

- а) до 1 года
- б) в 5-9 лет
- в) в 10-15 лет

167. По типу роста опухоли различают следующие формы лимфосаркомы

- а) нодулярная и диффузная
- б) небластные и бластные
- в) инфильтративная

168. У детей встречается следующий тип роста лимфосаркомы

- а) диффузный
- б) нодулярный
- в) и тот, и другой
- г) ни тот, ни другой

169. По характеру опухолевых клеток у детей наиболее часто встречается

- а) лимфобластная лимфосаркома
- б) иммунобластная лимфосаркома
- в) пролимфоцитарная лимфосаркома

170. При лимфосаркоме у детей наиболее часто поражаются следующие группы периферических лимфатических узлов

- а) шейные
- б) паховые

- в) подвздошные
- г) подмышечные
- д) правильные ответы а) и г)

171. Общие симптомы интоксикации при лимфосаркоме у детей

- а) не выражены
- б) ярко выражены
- в) зависят от стадии

172. К препаратам, наиболее часто используемым при лимфосаркоме у детей, относятся

- а) винкристин
- б) циклофосфан
- в) преднизолон
- г) адриабластин
- д) все перечисленные

173. При лимфосаркоме у детей наиболее часто поражаются следующие отделы желудочно-кишечного тракта

- а) тонкий кишечник
- б) прямая и сигмовидная кишка
- в) илеоцекальный угол
- г) восходящий отдел ободочной кишки
- д) желудок

174. При лимфосаркоме у детей наиболее благоприятный прогноз

- а) при Т-клеточной форме
- б) при В-клеточной форме
- в) одинаковый

175. Субстрат опухоли при лимфосаркоме содержит

- а) зрелые малые лимфоциты (В-лимфоциты)
- б) стволовые клетки
- в) лимфобласты
- г) атипичные мононуклеары
- д) атипичные лимфобласты

176. Самый частый морфологический вариант лимфосаркомы у детей  
- это

- а) нодулярный
- б) опухоль Беркитта

- в) иммунобластный
- г) лимфобластный

177. Самая частая первичная локализация лимфосаркомы у детей

- а) периферические лимфатические узлы
- б) глоточное кольцо
- в) мягкие ткани
- г) брюшная полость
- д) средостение

178. Лимфосаркома поражает чаще

- а) мальчиков
- б) девочек
- в) достоверного различия нет

179. Поражение ЦНС при лимфосаркоме происходит по типу

- а) нейрорлейкемии
- б) опухолевого поражения с опухолевой инфильтрацией
- в) и то, и другое
- г) ни то, ни другое

180. Лейкемизация у детей чаще наблюдается при первичной локализации лимфосаркомы

- а) в мягких тканях
- б) в периферических лимфатических узлах
- в) в средостении
- г) в брюшной полости
- д) правильные ответы а), б) и в)

181. Появление кожного зуда при лимфосаркоме

- а) характерно
- б) не характерно
- в) иногда
- г) в большинстве случаев

182. Лимфома Ходжкина у детей

- а) одна из самых редких форм гемобластозов
- б) уступает по частоте только лимфобластным лейкозам
- в) уступает по частоте острому лейкозу и лимфосаркоме

183. Лимфома Ходжкина у детей характеризуется

- а) быстрым течением с частой генерализацией
  - б) медленным течением
  - в) редко генерализованный
  - г) такой же темп течения, как и у взрослых
184. Наиболее часто лимфома Ходжкина у детей встречается в возрасте
- а) до 3 лет
  - б) от 3 до 6 лет
  - в) от 6 до 8 лет
  - г) старше 10 лет
185. Среди детей, страдающих лимфогранулематозом, преобладают
- а) мальчики
  - б) девочки
  - в) достоверного различия нет
186. Различают следующие варианты лимфомы Ходжкина у детей
- а) лимфоидное преобладание
  - б) смешанно-клеточный
  - в) лимфоидное истощение
  - г) нодулярный склероз
  - д) все перечисленные
187. Морфологический вариант лимфоидного истощения при лимфоме Ходжкина у детей указывает, как правило,
- а) на плохой прогноз
  - б) на хороший прогноз
  - в) не влияет на прогноз
188. При лимфогранулематозе у детей прогноз особенно неблагоприятен в возрасте
- а) от 2 до 6 лет
  - б) от 8 до 10 лет
  - в) до 12 лет
  - г) старше 12 лет
189. При лимфоме Ходжкина у детей наиболее часто поражаются
- а) шейные лимфатические узлы
  - б) ягулярные лимфатические узлы
  - в) лимфатические узлы средостения

- г) забрюшинные и паховые лимфатические узлы
- д) локтевые лимфатические узлы

190. При лимфоме Ходжкина у детей младшей возрастной группы поражение лимфатических узлов средостения встречается

- а) часто
- б) редко
- в) крайне редко
- г) никогда не встречается

191. При лимфоме Ходжкина у детей старшей возрастной группы поражение лимфатических узлов средостения встречается

- а) часто
- б) редко
- в) крайне редко
- г) никогда не встречается

192. К симптомам лимфомы Ходжкина, которые учитываются при установлении стадии заболевания, относятся

- а) необъяснимая лихорадка свыше 38-С
- б) ночные проливные поты
- в) прогрессирующее похудание
- г) выраженный кожный зуд
- д) все перечисленные

193. При лимфоме Ходжкина у детей дифференциальный диагноз проводится

- а) с сифилитическим лимфаденитом
- б) с туберкулезным и банальным лимфаденитом
- в) с грибковым поражением лимфатических узлов
- г) с болезнью "кошачьей царапины"
- д) с бруцеллезом и туляремией

194. Первая стадия лимфомы Ходжкина у детей характеризуется

- а) поражением только одной группы лимфатических узлов
- б) поражением двух смежных групп лимфатических узлов по одну сторону диафрагмы
- в) изолированным поражением органа
- г) поражением не более двух смежных групп лимфатических узлов по одну сторону диафрагмы
- д) правильные ответы а) и г)

195. Вторая стадия лимфомы Ходжкина у детей может быть установлена, если

- а) поражено не более двух смежных групп лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы
- б) поражены две и более смежные группы лимфатических узлов по одну сторону диафрагмы
- в) изолированное поражение органа
- г) поражение только лимфатических узлов средостения

196. Третья стадия лимфомы Ходжкина у детей может быть установлена, если

- а) поражено более трех групп лимфатических узлов
- б) поражено не более двух смежных групп лимфатических узлов по обе стороны диафрагмы
- в) поражены забрюшинные лимфатические узлы и селезенка
- г) поражены лимфатические узлы, расположенные по обе стороны диафрагмы с поражением, или без поражения селезенки
- д) поражены все группы лимфатических узлов средостения

197. Четвертая стадия лимфомы Ходжкина у больного может быть установлена

- а) при изолированном поражении селезенки
- б) при изолированном поражении печени или костей
- в) при поражении органов с, или без поражением лимфатических узлов
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы в) и б)

198. Основным морфологическим критерием для постановки диагноза лимфомы Ходжкина у детей является

- а) стертый рисунок строения лимфатического узла
- б) наличие клеток Березовского-Штернберга
- в) наличие клеток Ходжкина
- г) наличие клеток Пирогова-Лангерганса

199. Основным критерием для установления диагноза болезни Ходжкина является

- а) определение СОЭ
- б) рентгенологическое обследование органов грудной клетки
- в) ультразвуковая томография органов брюшной полости

г) морфологическое подтверждение диагноза

200. Препарат применяется только для лечения болезни Ходжкина

- а) натулан
- б) карбоплатин
- в) циклофосфамид
- г) преднизолон.

### **Материально-техническое и учебно-методическое обеспечение**

Минимально необходимый для реализации программы государственной итоговой аттестации по программе ординатуры по специальности 14.01.12 «Детская 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: учебник / Л. З. Вельшер [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 512 с.

3. Онкология: учеб, для стомат. ф-тов/ Л. З. Вельшер [и др.]. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009. - 512 с.
4. Вельшер, Л. З. Клиническая онкология: избранные лекции : учеб, пособие / Л.З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2009.- 496 с.
5. Вельшер, Л. З. Клиническая онкология: избранные лекции : учеб, пособие / Л.З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014.- 496 с
6. Пономаренко, Г. Н. Медицинская реабилитация: учеб, для студ. вузов / Г. Н. Пономаренко. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 360 с.
7. Камарли З.П. Онкология. Учебник для медицинских ВУЗ-ов, 2014 г.

#### 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