

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ОДОБРЕНО
Заседание учебно-методического совета
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Протокол № 04/2025
«15» апреля 2025 г.

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ФГБУ «НМИЦ им. В.А.
Алмазова» Минздрава России
Е.В. Шляхто
«28» апреля 2025 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования
по подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре

по специальности **31.08.14 Детская онкология**

Форма обучения	очная
Курс	2
Общая трудоемкость	108/3 (час/зач. ед.)

Санкт-Петербург
2025

СОСТАВИТЕЛИ ПРОГРАММЫ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Никитина Ирина Леоровна	д. м. н. , профессор	Заведующий кафедрой детских болезней с клиникой Зав. НИЛ детской эндокринологии	ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
2.	Диникина Юлия Валерьевна	к. м. н. доцент	Доцент кафедры факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
3.	Косенкова Тамара Васильевна	д.м.н., профессор	Профессор кафедры детских болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Роговая Ольга Геннадьевна	д.пед.н., профессор	Заведующий кафедрой гуманитарных наук	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
5.	Щукина Мария Алексеевна	д.п.н.	Профессор кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
6.	Михайлова Нинель Вадимовна	к.х.н.	Заведующий кафедрой математики и естественнонаучных дисциплин	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
7.	Конради Александра Олеговна	д.м.н.	Заведующий кафедрой организации, управления и экономики здравоохранения	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
8.	Данилов Иван Николаевич	к.м.н. доцент	Заведующий кафедрой факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
9.	Галагудза Михаил Михайлович	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической физиологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
10.	Митрофанова Любовь Борисовна	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической анатомии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
11.	Гусев Денис Александрович	д.м.н. профессор	Заведующий кафедрой инфекционных болезней	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
По методическим вопросам				
12	Овечкина Мария Андреевна	к.м.н.	Заведующий учебно-методическим отделом	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Программа «Государственная итоговая аттестации» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры детских болезней с клиникой «17» февраля 2025г., протокол № 6.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «15» апреля 2025 г., протокол № 04/2025.

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1.** Программа государственной итоговой аттестации по специальности ординатуры 31.08.14 Детская онкология разработана в соответствии с:
- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ (в действующей редакции);
 - Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 г. № 1056 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.14 Детская онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
 - Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 19 ноября 2013 г. № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры»;
 - Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Минобрнауки России от 18.03.2016г. N 227;
 - Уставом ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (далее - Центр Алмазова);
 - локальными нормативными актами Центра Алмазова.
- 1.2.** К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, не имеющие академической задолженности и в полном объеме выполнившие учебный план или индивидуальный учебный план основной образовательной программы высшего образования по специальности 31.08.14 Детская онкология.

2. ЦЕЛЬ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация выпускников ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ (далее – Центр Алмазова) по специальности 31.08.14 Детская онкология проводится по окончании полного курса обучения с целью установления соответствия уровня профессиональной подготовки выпускника требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования и последующей выдачей диплома о высшем образовании.

3. ЗАДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ:

- проверка уровня сформированности необходимых универсальных и профессиональных компетенций;
- уровень знаний, умений и навыков, позволяющий решать профессиональные задачи;
- степень готовности к осуществлению основных видов деятельности в соответствии с профессиональным стандартом.

Выпускник программы по специальности 31.08.14 Детская онкология (уровень ординатуры) должен быть готов решать следующие профессиональные задачи:

профилактическая деятельность:

- предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий;
- проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;
- проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях

здоровья детей и подростков, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

- диагностика 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;
- 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;
- 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 медицинской 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 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.

4. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ 31.08.14 ДЕТСКАЯ ОНКОЛОГИЯ

4.1. 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).

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 заболеваний у детей и подростков, 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 детьми и подростками (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей 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 (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 и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном 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-12).

5. ФОРМА ПРОВЕДЕНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена, который проводится в форме комплексного выпускного экзамена, состоящего из двух этапов.

В состав государственного экзамена входят оценочные материалы для дисциплин Блока 1. «Дисциплины (модули)» и оценочные материалы для практик Блока 2. «Практики» учебного плана.

Объем знаний выпускника, необходимый для успешного прохождения государственного экзамена определяется рабочими программами указанных дисциплин и практик.

6. МЕСТО ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ.

Государственная итоговая аттестация (Блок 3) программы ординатуры относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации.

7. ОБЪЕМ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ В ЗАЧЕТНЫХ ЕДИНИЦАХ

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	на контактную работу	Из них на самостоятельную работу
Государственная итоговая аттестация	108 / 3	54	54

8. ПОДГОТОВКА К СДАЧЕ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

8.1. Государственный экзамен проводится по дисциплинам, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

- Детская онкология
- Педагогика
- Медицина чрезвычайных ситуаций
- Общественное здоровье и здравоохранение
- Патология
- Вакцинопрофилактика детских болезней
- Нутрициология в педиатрии
- Производственная (клиническая) практика (базовая часть)
- Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)
- Основы военной подготовки

9. ПОРЯДОК ПРОВЕДЕНИЯ И СДАЧИ ГОСУДАРСТВЕННОГО ЭКЗАМЕНА

Государственный экзамен по специальности 31.08.14 Детская онкология осуществляется в два этапа:

- 1 этап – **Тестирование** (оценка уровня теоретической подготовленности);
2 этап – **Собеседование** (оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи).

Содержание государственной итоговой аттестации базируется на компетенциях выпускника как совокупного ожидаемого результата образования по программе:

Этапы ГИА	Коды контролируемых компетенций	Наименование оценочных средств*
1 этап - Оценка уровня теоретической подготовленности (тестирование в электронном или письменном виде)	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12	ТЗ
2 этап - Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи (собеседование)	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9 УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	КВ СЗ

По результатам двух этапов выставляется итоговая оценка.

Формой проведения 1 этапа государственного экзамена является компьютерное тестирование, которое проводится по тестовым заданиям, комплектуемых для каждого обучающегося с использованием информационных систем путем выбора 80 тестовых

заданий из единой базы оценочных средств. На решение варианта тестовых заданий отводится 80 минут.

Результат формируется автоматически с указанием процента правильных ответов от общего числа тестовых заданий. Оценка уровня сформированности знаний выставляется по результатам тестирования в зависимости от доли правильно выполненных тестовых заданий.

Критерии оценивания 1 этапа государственного экзамена:

- «Отлично» - 90-100% правильных ответов,
- «Хорошо» - 80-89 % правильных ответов,
- «Удовлетворительно» - 70-79 % правильных ответов,
- «Неудовлетворительно» - до 69 % правильных ответов.

К следующему этапу государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся при условии успешного прохождения I этапа (оценка «Удовлетворительно» и выше).

Формой проведения 2 этапа государственного экзамена является устное собеседование с решением конкретных профессиональных задач и вопросам профессионального характера.

Целью собеседования является выявление глубины подготовки выпускников и умения комплексно подходить к решению проблемных ситуаций в вопросах профессиональной деятельности.

Для подготовки к ответу, обучающемуся дается до 0,5 академического часа, продолжительность ответа на экзамене составляет не более 0,5 академического часа. При подготовке к ответу в устной форме обучающиеся делают необходимые записи по вопросам билета на выданных техническим секретариатом государственной итоговой аттестации листах бумаги со штампом ИМО.

Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования по ситуационным задачам профессионального характера. Образцы ситуационных задач представлены в Приложении № 1. Для подготовки к данному этапу, обучающемуся необходимо проработать рекомендуемую литературу.

Оценка уровня сформированности у выпускников умений, опыта практической деятельности и освоения компетенций в ходе решения практических задач является дифференцированной – оценивается уровень готовности к осуществлению основных видов профессиональной деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой, уровень знаний и умений, позволяющий решать типовые задачи профессиональной деятельности, уровень информационной и коммуникативной культуры, а также обоснованность, четкость полнота изложения ответов на каждое задание экзаменационного билета.

Критерии оценивания 2 этапа государственного экзамена:

«Отлично» - обучающийся демонстрирует системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеет научным языком, ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации; демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе;

«Хорошо» – обучающийся демонстрирует полное знание программного материала, способен обосновывать выводы и разъяснять их в логической последовательности, но допускает ошибки общего характера; правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах;

«Удовлетворительно» – обучающийся демонстрирует достаточный уровень знания основного программного материала, но допускает существенные ошибки при его изложении и/или при ответе на вопросы; ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с

классификацией; демонстрирует общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы;

«Неудовлетворительно» – обучающийся допускает при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы; не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз.

Общая оценка за три этапа определяется как среднее значение полученных оценок.

Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Собеседование	Выставляется с учетом результатов двух этапов

Все этапы государственного экзамена по специальности 31.08.14 Детская онкология проводится на базе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России с использованием имеющегося материально-технического оснащения.

Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

Оценка уровня теоретической подготовленности проводится в виде тестирования по тестовым заданиям, составленным для проведения государственной итоговой аттестации выпускников высших медицинских учебных заведений. Тестовые задания содержат 80 вопросов по всем профильным дисциплинам. Для подготовки к данному этапу аттестации, обучающемуся необходимо повторить материал по профильным предметам и смежным дисциплинам, пройти тестирование в электронной системе дистанционного обучения MOODL по всем профильным дисциплинам до получения положительного результата. Материалом для подготовки являются тесты для текущего контроля знаний по дисциплине, представленные на образовательном портале, лекционный материал и учебные пособия, изданные кафедрами, а также общие сборники, имеющиеся в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе.

Оценка уровня решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования по ситуационным задачам профессионального характера и вопросам. Для подготовки к данному этапу, обучающемуся необходимо проработать учебно-методический материал, использовать базовые учебники по профильным дисциплинам, а также пособия, имеющиеся в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе, проработать все имеющиеся ситуационные задачи по профильным дисциплинам.

Рекомендуется посетить предэкзаменационные консультации.

Примеры типовых оценочных средств I этапа государственного экзамена

Примеры тестовых заданий

Тестовые задания открытого типа:

Проверяемые компетенции: ПК-11

1. Листок временной нетрудоспособности по уходу за детьми в возрасте до 18 лет при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, выдается на **весь период амбулаторного лечения**

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-5

Дополните определение.

2. Какой онкогенный вирус является РНК-содержащим: **Гепатита С**
3. Дополните определение. Какие клетки обеспечивают «экранирование» опухолевых клеток и их кластеров в кровотоке: **Тромбоциты**

Тестовые задания закрытого типа:

Проверяемые компетенции: УК-1; ПК-6;

1. В морфологии солидных опухолей у детей преобладают:
 - a. рак;
 - b. саркома;**
 - c. аденома;
 - d. аденокарцинома;
 - e. нет четкого различия.
2. Среди детей с онкологическими заболеваниями частота встречаемости СПО в среднем:
 - a. 10%**
 - b. 8-18%
 - c. Менее 3%
 - d. 5-10%
 - e. Более 20%

Примеры ситуационных задач

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-9, ПК-11

Задача № 24.

Девочка 3х лет с установленным диагнозом низкодифференцированной нейробластомы надпочечника (MYCN+, 1p – отрицат.) с метастатическим поражением забрюшинных лимфоузлов, печени, костей, IV стадия по INSS.

Вопрос: определите группу риска и соответствующий объем противоопухолевой терапии.

Ответ:

Высокая группа риска; показано оперативное вмешательство, химиотерапия 6 блоков, высокодозная химиотерапия с аутоТГСК, поддерживающая иммунотерапия (динутуксимаб бета).

Задача № 25.

При плановом осмотре перед школой у ребенка 7 лет педиатр пальпаторно выявил сомнительные признаки наличия опухолевого образования в толще мышц по задней поверхности правого бедра не более 2см в диаметре. Ребенок жалоб не предъявляет. Походка не нарушена. Деформации конечностей нет. Образование при пальпации безболезненно, кожа над ним не изменена. Родители ребенка настаивают на обследовании после начала школьных занятий, в виду запланированного отъезда на юг перед школой.

Вопросы:

1. О чем следует думать?
2. Составьте план обследования.

Ответ:

1. Возможно наличие саркомы мягких тканей. Нельзя отпускать ребенка на отдых без проведения обследования, показано направление к онкологу.
2. Лабораторная диагностика; УЗИ мягких тканей пораженной области; МРТ с контрастным усилением пораженной конечности; биопсия/ удаление образования с целью верификации диагноза; гистологическое и иммуногистохимическое исследование опухоли; решение вопроса о показаниях к противоопухолевой терапии по результатам.

Примеры контрольных вопросов

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9

1. Эндокринные осложнения трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
2. Клинические признаки кардиопатии после лечения антагонистами

3. Отдаленные осложнения облучения ЦНС у детей

10. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

10.1. Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<https://moodle-new.almazovcentre.ru>

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB. RU» (www.medlib.ru)

СИС «MedbaseGeotar» (<https://mbasegeotar.ru/>)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru>)

ЭБС «Лань» (<https://e.lanbook.com/>)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

Научная электронная библиотека (<http://elibrary.ru/>)

4. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»

Поисковые системы Yandex (<http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (<http://www.multitran.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/>)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)
Министерство здравоохранения Российской Федерации (<https://minzdrav.gov.ru/>)
КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)
Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

10.2. Перечень основной и дополнительной учебной литературы

Основная литература:

1. Шабалов, Н. П. Детские болезни: учебник. Т. 1. / Н. П. Шабалов. - 9-е изд. - Москва; СПб.; Нижний Новгород: Питер, 2021. - 875 с. - Текст: непосредственный.
2. Шабалов, Н. П. Детские болезни: учебник. Т.2. / Н. П. Шабалов. - Москва; СПб.; Нижний Новгород: Питер, 2021. - 895 с. - Текст: непосредственный.
3. Детские болезни: учебник для студентов медицинских вузов / под ред. И. Л. Никитиной. – Т.1 – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2021. – 791 с. – URL: https://speclit.profy-lib.ru/book/-/pdf/141095?p_p_auth=duo306yP&pdfviewerportlet_WAR_pdfviewerportlet_hashCode=3b31eb3d-633f-4df4-862d1701260742754 – Режим доступа: Медицинская литература издательства «Спецлит». – Текст: электронный.
4. Детские болезни: учебник для студентов медицинских вузов / под ред. И. Л. Никитиной. – Т.2 – Санкт-Петербург: СпецЛит, 2022. – 648 с. – URL: https://speclit.profy-lib.ru/book/-/pdf/166328?p_p_auth=duo306yP&pdfviewerportlet_WAR_pdfviewerportlet_hashCode=5aed1545-9e76-431b-9cde1701261749781 – Режим доступа: Медицинская литература издательства «Спецлит». – Текст: электронный.
5. Детская онкология: учебник для ординаторов / под ред. М. Ю. Рыкова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 480 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970469583.html>
6. Сепсис у детей с онкологическими заболеваниями: учебно-методическое пособие / Н. В. Матинян, Н. Ю. Елифанова, Т. В. Горбунова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 48 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970479735.html>
7. Инфекционные осложнения в детской онкологии и гематологии: учебно-методическое пособие / Н. В. Матинян, Т. В. Горбунова, Н. Ю. Елифанова [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. - 80 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970483305.html>
8. Основы вакцинопрофилактики у детей: руководство для врачей / Д. Ю. Овсянников, О. В. Шамшева, Л. Г. Кузьменко, Т. Ю. Илларионова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463567.html>
9. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465196.html>
10. Психологическое сопровождение онкологически больных детей и взрослых / В. Г. Степанов, Е. А. Бауэр, Д. Н. Ефремова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Издательство Юрайт, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://urait.ru/bcode/495715>
11. Ильина, И. В. Медицинская реабилитация: учебник для вузов / И. В. Ильина. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/512106>
12. Ильина, И. В. Медицинская реабилитация. Практикум: учебное пособие для вузов / И. В. Ильина. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/51391>

Дополнительная литература:

1. Рыков, М. Ю. Детская онкология: клинические рекомендации по лечению пациентов с солидными опухолями / Под ред. М. Ю. Рыкова, В. Г. Полякова - Москва: ГЭОТАР-

- Медиа, 2017. - 368 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443507.html>
2. Сестринское дело в онкологии: учебник для среднего профессионального образования / В. А. Лапотников [и др.]; ответственный редактор Н. Г. Петрова. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 330 с. — (Профессиональное образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/555699>
 3. Степанов, В. Г. Клиническая психология. Психологическое сопровождение онкологически больных детей и взрослых: учебное пособие для вузов / В. Г. Степанов, Е. А. Бауэр, Д. Н. Ефремова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2024. — 112 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/540196>
 4. Чиссов, В. И. Онкология: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 576 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439821.html>
 5. Хаитов, Р. М. Иммуноterapia: руководство для врачей / под ред. Р. М. Хаитова, Р. И. Атауллаханова, А. Е. Шульженко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 768 с.: ил. - 768 с. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443781.html>
 6. Ерпулёва, Ю. В. Клиническое питание у детей в ежедневной практике хирурга / Ю. В. Ерпулёва - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 64 с. - ISBN 978-5-9704-3946-3. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439463.html>
 7. Васи́льева, И. В. Физиология питания: учебник и практикум для академического бакалавриата / И. В. Васи́льева, Л. В. Беркетова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 235 с. — (Бакалавр. Академический курс). — ISBN 978-5-534-16046-8. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/530345>
 8. Нутрициология и клиническая диетология: национальное руководство / под ред. В. А. Тутельяна, Д. Б. Никитюка. - 2-е изд. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1008 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-6999-6. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970469996.html>
 9. Ерпулёва, Ю. В. Клиническое питание у детей: практическое руководство / Ю. В. Ерпулёва. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 144 с. - URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970479728.html>
 10. Клиническая вакцинология / О. В. Шамшева, В. Ф. Учайкин, Н. В. Медуницын – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434642.html>
 11. Вакцины и вакцинация: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. В. Зверева, Р. М. Хаитова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428665.html>
 12. Грипп и ОРВИ у детей / О. В. Шамшева — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443965.html>
 13. Психотерапия боли / А. П. Рачин, К. А. Якунин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463680.html>
 14. Депрессивное расстройство / Мазо Г. Э., Незнанов Н. Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450383.html>
 15. Психологическое сопровождение онкологически больных детей и взрослых / В. Г. Степанов, Е. А. Бауэр, Д. Н. Ефремова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Издательство Юрайт, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://urait.ru/bcode/495715>
 16. Ачкасов, Е. Е. Психологические аспекты медицинской реабилитации: учебное пособие / под ред. Ачкасова Е. Е., Твороговой Н. Д. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446010.html>

Нормативные документы:

1. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».
2. Приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».
3. Приказ Минздрава России от 2 ноября 2020 г. N 1186н «О внесении изменений в приказ Министерства здравоохранения российской федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».
4. Приказ Минздрава России от 27 апреля 2021 г. N 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
5. Приказ Минздрава России от 23 августа 2016 г. №625н «Об утверждении порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности».

11. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ИЗ ЧИСЛА ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

При проведении государственной итоговой аттестации обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

- проведение государственной итоговой аттестации для инвалидов в одной аудитории совместно с обучающимися, не являющимися инвалидами, если это не создает трудностей для инвалидов и иных обучающихся при прохождении государственной итоговой аттестации;
- присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся инвалидам необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с членами государственной экзаменационной комиссии);
- пользование необходимыми обучающимся инвалидам техническими средствами при прохождении государственной итоговой аттестации с учетом их индивидуальных особенностей;
- обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

Все локальные нормативные акты Центра Алмазова по вопросам проведения государственной итоговой аттестации доводятся до сведения обучающихся инвалидов в доступной для них форме.

По письменному заявлению обучающегося из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья продолжительность сдачи государственного аттестационного испытания может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи:

- продолжительность сдачи государственного экзамена, проводимого в письменной форме, - не более чем на 90 минут;

- продолжительность подготовки обучающегося к ответу на государственном экзамене, проводимом в устной форме или в форме тестирования - не более чем на 20 минут.

В зависимости от индивидуальных особенностей, обучающихся с ограниченными возможностями здоровья Центр Алмазова обеспечивает выполнение следующих требований при проведении государственного аттестационного испытания:

а) для слабовидящих:

- задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются увеличенным шрифтом;
- обеспечивается индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс;
- при необходимости обучающимся предоставляется увеличивающее устройство, допускается использование увеличивающих устройств, имеющихся у обучающихся;

б) для глухих и слабослышащих, с тяжелыми нарушениями речи:

- обеспечивается наличие звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования, при необходимости обучающимся предоставляется звукоусиливающая аппаратура индивидуального пользования;
- по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в письменной форме;

в) для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата (тяжелыми нарушениями двигательных функций верхних конечностей или отсутствием верхних конечностей):

- письменные задания выполняются обучающимися на компьютере со специализированным программным обеспечением или надиктовываются ассистенту;
- по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в устной форме.

Обучающийся, из числа инвалидов, не позднее, чем за 3 месяца до начала проведения государственной итоговой аттестации подает письменное заявление о необходимости создания для него специальных условий при проведении государственных аттестационных испытаний с указанием его индивидуальных особенностей. К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наличие у обучающегося индивидуальных особенностей (при отсутствии указанных документов в личном деле обучающегося).

В заявлении обучающийся указывает на необходимость (отсутствие необходимости) присутствия ассистента на государственном аттестационном испытании, необходимость (отсутствие необходимости) увеличения продолжительности сдачи государственного аттестационного испытания по отношению к установленной продолжительности (для каждого государственного аттестационного испытания).

12. ПОРЯДОК ПОДАЧИ И РАССМОТРЕНИЯ АПЕЛЛЯЦИЙ

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

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

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена) либо выпускную квалификационную работу, отзыв и рецензию (рецензии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты выпускной квалификационной работы).

Апелляция не позднее 2 рабочих дней со дня ее подачи рассматривается на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Заседание апелляционной комиссии может проводиться в отсутствие обучающегося, подавшего апелляцию, в случае его неявки на заседание апелляционной комиссии.

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

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

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

В случае если апелляция удовлетворяется, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучаемому предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные образовательной организацией.

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

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

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

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания обучающегося, подавшего апелляцию, осуществляется в присутствии председателя или одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

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

Апелляция подается обучающимся, в том числе в электронной форме (подписанная апелляция на бумажном носителе, преобразованная в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания ее текста), через личный кабинет в СДО MOODLE в раздел «ГИА – Апелляционная комиссия» не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
К ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность	31.08.14 Детская онкология
Квалификация:	Врач – детский онколог
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

Санкт-Петербург
2025

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

1. В результате изучения программы ординатуры у обучающегося формируются следующие компетенции:

- Универсальные: УК-1, УК-2, УК-3
- Профессиональные: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

Универсальные 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).
- **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 заболеваний у детей и подростков, 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 детьми и подростками (ПК-2);
- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);
- готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья детей 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 (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 и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном 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-12).

2. Этапы проведения государственной итоговой аттестации

Этапы ГИА	Коды контролируемых компетенций	Наименование оценочных средств*
1 этап - Оценка уровня теоретической подготовленности (тестирование в электронном или письменном виде)	УК-1, УК-2, УК-3, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-10, ПК-11, ПК-12	ТЗ
2 этап - Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи (собеседование)	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9 УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9	КВ СЗ

*виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ), ситуационные задачи (СЗ)

Критерии уровня освоения теоретической подготовки и практических умений обоснованы в рабочей программе государственной итоговой аттестации.

3. Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Собеседование	Выставляется с учетом результатов двух этапов экзамена.

Критерии оценки результатов поэтапного экзамена

Показатель оценивания результатов освоения образовательной программы	Критерий			
	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Тестирование (оценка уровня теоретической подготовленности по тестам)	90-100%	80-89 %	70-79 %	До 70%
Собеседование (Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи)	Обучающийся демонстрирует системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных	Обучающийся демонстрирует полное знание программного материала, способен обосновывать выводы и разъяснять их в	Обучающийся демонстрирует достаточный уровень знания основного программного материала, но допускает	Обучающийся допускает при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; не может

	задач, владеет научным языком; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации; демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе	логической последовательности, но допускает ошибки общего характера; правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах	существенные ошибки при его изложении и/или при ответе на вопросы; ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией; демонстрирует общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы	правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы; не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз
--	--	---	---	--

Критерии оценки сформированности компетенций в формализованном виде:

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов компетенции
Неудовлетворительно	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Удовлетворительно	«Знает» и «умеет» на репродуктивном уровне. Знает изученный элемент содержания репродуктивно: произвольно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях.
Хорошо	«Знает», «умеет» на аналитическом уровне. Знает на репродуктивном уровне и указывает на особенности и взаимосвязи изученных объектов, на их достоинства, ограничения, историю и перспективы развития и особенности для разных объектов усвоения.
Отлично	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Тестовые задания открытого типа:

Проверяемые компетенции: УК-1, УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11

- Среди причин детской смертности в экономически развитых странах, по данным ВОЗ, злокачественные новообразования занимают:
 - первое место;
 - второе место;
 - третье место;
 - четвертое место;
 - пятое место.
- Заболеваемость злокачественными новообразованиями у детей в экономически развитых странах составляет в среднем на 100 000 детского населения:
 - 8—10 детей;
 - 10-12 детей;
 - 14-15 детей;

- d. 17-18 детей;
 - e. 19—20 детей.
- 3.** Ежегодно заболевают доброкачественными опухолями на 100 000 детского населения:
- a. до 350 детей;
 - b. до 450 детей;
 - c. до 550 детей;
 - d. до 650 детей;
 - e. до 750 детей.
- 4.** К особенностям онкопедиатрии относятся:
- a. врожденный характер большинства опухолей;
 - b. связь опухолей и пороков развития;
 - c. преобладание саркоматозных опухолей;
 - d. связь опухолей с трансплацентарным воздействием;
 - e. все перечисленное: врожденный характер большинства опухолей; связь опухолей и пороков развития; преобладание саркоматозных опухолей; связь опухолей с трансплацентарным воздействием
- 5.** В детском возрасте из солидных злокачественных опухолей чаще всего встречаются:
- a. саркомы мягких тканей;
 - b. опухоли почек;
 - c. нейробластома;
 - d. опухоли ЦНС;
 - e. опухоли костей.
- 6.** В структуре онкогематологических заболеваний у детей первое место занимает:
- a. лейкоз;
 - b. лимфогранулематоз;
 - c. лимфосаркома;
 - d. миелопролиферативные заболевания;
 - e. парапротеинемический гемобластоз.
- 7.** К "истинным детским злокачественным опухолям относятся "?
- a. тератобластома, ретинобластома, нейробластома, рабдомиосаркома
 - b. саркома Юинга, синовиальная саркома, хронический лимфолейкоз, лимфосаркома
 - c. саркома Юинга, тератобластома, ретинобластома, нейробластома
 - d. тератобластома, ретинобластома, нейробластома, лимфосаркома
 - e. лимфома Ходжкина, ретинобластома, нейробластома, тератобластома
- 8.** У детей в возрасте до 5 лет преобладают следующие злокачественные опухоли:
- a. остеогенная саркома и синовиальная саркома;
 - b. рак щитовидной железы;
 - c. нейробластома и нефробластома;
 - d. все ответы правильные: остеогенная саркома и синовиальная саркома; рак щитовидной железы; нейробластома и нефробластома;
 - e. среди перечисленных ответов нет правильного : остеогенная саркома и синовиальная саркома; рак щитовидной железы; нейробластома и нефробластома;
- 9.** У детей старше 12 лет преобладают опухоли:
- a. нейробластома;
 - b. нефробластома;

- c. остеогенная саркома;
- d. тератобластома;
- e. ретинобластома.

10. В морфологии солидных опухолей у детей преобладают:

- a. рак;
- b. саркома;
- c. аденома;
- d. аденокарцинома;
- e. нет четкого различия.

11. Среди детей с онкологическими заболеваниями частота встречаемости СПО в среднем:

- a. 10%
- b. 8-18%
- c. Менее 3%
- d. 5-10%
- e. Более 20%

12. Герминальные мутации:

- a. передаются по наследству
- b. не наследуются
- c. Присутствуют только в клетках опухоли
- d. Присутствуют во всех клетках организма
- e. Являются непосредственной причиной развития опухоли

13. Двухударная модель онкогенеза Кнадсона объясняет врожденную предрасположенность к развитию опухолей. . . (выберите верные продолжения)

- a. и описывает универсальный механизм развития всех известных на данный момент СПО
- b. и была продемонстрирована на примере наследственной рабдомиосаркомы
- c. инактивацией обоих аллелей гена герминальной и соматической мутациями
- d. инактивацией обоих аллелей гена герминальными мутациями
- e. наличием герминальной мутации во всех клетках исходно

14. Наследование СПО происходит в соответствии с. . .

- a. исключительно аутосомно-доминантным типом наследования
- b. преимущественно аутосомно-доминантным и аутосомно-рецессивным типом наследования
- c. наследования
- d. исключительно аутосомно-рецессивным типом наследования
- e. Y-сцепленным видом наследования
- f. преимущественно X-сцепленным типом наследования

15. Выберите определения, характеризующие пенетрантность

- a. степень выраженности фенотипа при определенном генотипе
- b. процент индивидуумов с определенным генотипом, у которых при этом есть фенотипические проявления заболевания
- c. всегда равна 100%
- d. вариабельна для разных СПО
- e. то же, что и экспрессивность

16. Выберите определения, характеризующие экспрессивность

- a. степень выраженности фенотипа при определенном генотипе
- b. процент индивидуумов с определенным генотипом, у которых при этом есть фенотипические проявления заболевания
- c. при наличии одной и той же мутации у разных членов семьи могут быть разные опухоли
- d. выражается в процентах
- e. показательна на примере синдрома Ли-Фраумени

17. К критериям, позволяющим заподозрить СПО, относятся

- a. наличие метастатического распространения опухоли на момент постановки диагноза
- b. синхронные, метакронные опухоли
- c. редкие типы опухолей
- d. сверхранний рецидив заболевания
- e. близкородственный брак родителей пациента

18. К критериям, позволяющим заподозрить СПО, не относятся

- a. онкологические заболевания в анамнезе у родственников пациента первой линии родства, возникшие до 45 лет
- b. наличие в семейном анамнезе хотя бы одного родственника первой линии родства с любым онкологическим заболеванием
- c. опухоли у пациентов с различными особенностями фенотипа (задержка развития, врожденные пороки и т. д.)
- d. билатеральные опухоли (нефробластома, ретинобластома)
- e. острый миелобластный лейкоз

19. Выберите определения, характеризующие метакронные опухоли

- a. Опухоли с разницей между манифестациями более 6 месяцев
- b. Опухоли с разницей между манифестациями менее 6 месяцев
- c. Это синоним понятия «вторичные опухоли»
- d. Второй опухолевый процесс не является метастазом
- e. Всегда доброкачественные

20. К высокоспецифичным для СПО опухолям относятся

- a. билатеральная ретинобластома
- b. нейробластома
- c. плевропульмональная бластома
- d. саркома Юинга
- e. рабдоидная опухоль

21. Появление альфа-фетопротеина в сыворотке крови указывает на:

- a. наличие рака печени;
- b. тератобластомы;
- c. гепатита;
- d. правильны ответы: наличие рака печени и тератобластомы;
- e. все ответы правильны: наличие рака печени и тератобластомы; гепатита;

22. Повышение уровня катехоламинов в моче возможно:

- a. при наличии нейрогенной опухоли;
- b. при наличии опухоли ЦНС;
- c. после употребления большого количества цитрусовых и шоколада;

- d. правильны ответы: при наличии нейрогенной опухоли и после употребления большого количества цитрусовых и шоколада;
 - e. все ответы правильны: при наличии нейрогенной опухоли и после употребления большого количества цитрусовых и шоколада; при наличии опухоли ЦНС;
- 23.** Какое из исследований позволяет установить диагноз «острый миелоидный лейкоз»;
- a. общий анализ крови
 - b. подсчет миелограммы с проведением цитохимического исследования
 - c. проведение HLA типирования с сиблингами
 - d. цитогенетическое исследование костного мозга
- 24.** Радиоизотопные исследования в клинической онкологии используются для:
- a. выявления первичной опухоли;
 - b. определения распространенности новообразования;
 - c. оценки функционального состояния некоторых органов;
 - d. все ответы правильны: выявления первичной опухоли; определения распространенности новообразования; оценки функционального состояния некоторых органов;
 - e. правильный ответ: выявления первичной опухоли и определения распространенности новообразования;
- 25.** К достоинствам метода УЗИ относятся:
- a. неинвазивный характер исследования;
 - b. безвредность;
 - c. отсутствие противопоказаний;
 - d. высокая информативность;
 - e. все ответы правильны: неинвазивный характер исследования; безвредность; отсутствие противопоказаний; высокая информативность;
- 26.** К эндоскопическим методам исследования относятся:
- a. лапароскопия;
 - b. торакоскопия;
 - c. рентгеноскопия;
 - d. капилляроскопия;
 - e. правильны ответы: лапароскопия и торакоскопия;
- 27.** Радиоактивный йод применяют для диагностики:
- a. опухолей поджелудочной железы;
 - b. желудка;
 - c. щитовидной железы;
 - d. правильны ответы: опухолей поджелудочной железы и желудка;
 - e. все ответы правильны: опухолей поджелудочной железы; желудка; щитовидной железы;
- 28.** У больных с нейробластомой повышение суточной экскреции с мочой катехоламинов наблюдается у:
- a. 85 % пациентов;
 - b. 50 % пациентов;
 - c. 25 % пациентов;
 - d. 15 % пациентов;
 - e. 5 % пациентов.

- 29.** Наиболее информативным методом для выявления нейробластомы, локализованной в средостении, считают:
- компьютерную томографию
 - рентгенографию
 - УЗИ
 - ангиографию
- 30.** Диагностическим мероприятием, рекомендуемым при первичной медиастинальной лимфоме у детей, считают:
- биопсию лимфоузла (очага поражения) с иммуногистохимическим исследованием;
 - тонкоигольную пункционную биопсию лимфоузла;
 - трапанобиопсию;
 - сцинтиграфию костей скелета
- 31.** Гемобласты — опухоли кроветворной системы включают:
- лейкозы;
 - лимфома Ходжкина;
 - неходжкинская лимфома;
 - все перечисленное: лейкозы; лимфома Ходжкина; неходжкинская лимфома;
 - ничего из перечисленного: лейкозы; лимфома Ходжкина; неходжкинская лимфома;
- 32.** Наиболее частый вид лейкозов у детей:
- острый лимфобластный лейкоз;
 - острый нелимфобластный лейкоз;
 - хронический миелолейкоз;
 - хронический лимфолейкоз;
 - среди перечисленных ответов нет правильного: острый лимфобластный лейкоз; острый нелимфобластный лейкоз; хронический миелолейкоз; хронический лимфолейкоз;
- 33.** Система или орган, которому присуще наиболее частое поражение при остром лейкозе:
- яичко;
 - нервная система;
 - глаза;
 - кожа;
 - мочевыводящая система;
 - пищеварительная система;
 - дыхательная система.
- а, б;
 - а, б, в, г;
 - все ответы правильны: а, б, в, г, д, е, ж
 - б, в, г, ж.
 - б, в, г.
- 34.** Наличие бластов в периферической крови при остром лейкозе:
- обязательный признак;
 - не обязательный признак;
 - встречается часто;
 - правильный ответ: не обязательный признак и встречается часто;
 - среди перечисленных ответов нет правильного: обязательный признак; не обязательный признак; встречается часто;

- 35.** С целью профилактики нейрорлейкоза у детей наиболее часто используются следующие препараты для эндолюмбального введения:
- а) цитозар;
 - б) винкристин;
 - в) метотрексат;
 - г) преднизолон;
 - д) гидрокортизон.
- f. Все, кроме б;
 - g. в;
 - h. а, в, г;
 - i. в, г, д;
 - j. б, г, д.
- 36.** Синонимом термина «хлорома» является
- a. миелоидная саркома
 - b. эозинофильная гранулема
 - c. остеосаркома
 - d. нейробластома
- 37.** Какие симптомы связаны с нейтропенией:
- a. лихорадка
 - b. потеря массы тела
 - c. грибковые инфекции
 - d. бактериальные инфекции
- 38.** Когда необходимо оценивать статус ремиссии заболевания при остром лейкозе:
- a. через 5 лет после завершения терапии
 - b. после окончания индукционной химиотерапии
 - c. после завершения всей программы лечения
 - d. после курса консолидации
 - e. все ответы верны: через 5 лет после завершения терапии; после окончания индукционной химиотерапии; после завершения всей программы лечения; после курса консолидации
- 39.** Укажите генетические изменения, определяющие пациента в группу высокого риска ОМЛ:
- a. моносомия 7
 - b. трисомия 21
 - c. инверсия 16
 - d. инверсия 3
- 40.** Правильным утверждением является:
- a. до эпохи антилейкемических препаратов лейкоз являлся смертельным заболеванием
 - b. Первые успехи терапии острых лейкозов относятся к 1920-м годам
 - c. Протокол – термин, обозначающий правила диагностики и терапии заболевания
 - d. Главный прорыв в диагностике и терапии лейкозов совершен благодаря улучшению сосудистого доступа
- 41.** Распространенность гистиоцитоза из клеток Лангерганса:
- a. 4-5,4 случаев на 1 млн человек
 - b. 10-12 случаев на 1 млн человек
 - c. данные отсутствуют

- d. зависит от региона проживания
- 42.** К диагностическим критериям гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза не относят:
- a. лихорадка
 - b. спленомегалия
 - c. Лимфаденопатия
 - d. Гипертриглицеридемия
 - e. гипербилирубинемия
- 43.** В качестве таргетной терапии гистиоцитоза из клеток Лангерганса может применяться:
- a. Селуметиниб
 - b. Дабрафениб
 - c. Сиролимус
 - d. алпелисиб
- 44.** К наименее вероятным отдаленным последствиям гистиоцитоза из клеток Лангерганса:
- a. ортопедические нарушения
 - b. низкий рост
 - c. несахарный диабет
 - d. легочный фиброз
 - e. нарушение фертильности
- 45.** Стандартная противоопухолевая терапия гистиоцитоза из клеток Лангерганса включает использование:
- a. доксорубицина
 - b. преднизолона
 - c. высокодозного метотрексата
 - d. ифосфамида
 - e. все вышеперечисленное: доксорубицина; преднизолона; высокодозного метотрексата; ифосфамида
- 46.** В действующей клинической классификации гистиоцитоза из клеток Лангерганса (ГКЛ) выделяют:
- a. локальный ГКЛ
 - b. моносистемный ГКЛ
 - c. изолированный ГКЛ
 - d. метастатический ГКЛ
- 47.** В каком году был предложен термин «гистиоцитоз Х»:
- a. 1911
 - b. 1953
 - c. 1994
 - d. 1986
- 48.** Главным методом верификации гистиоцитоза из клеток Лангерганса:
- c. цитохимическое исследование костного мозга
 - d. ПЭТ с ФДГ
 - e. МРТ всего тела с КУ
 - f. иммуногистохимическое исследование биоптата
- 49.** Медуллобластома является высокочувствительной опухолью к:
- a. лучевой терапии;

- b. химиотерапии;
 - c. правильны ответы: лучевой терапии; химиотерапии;
 - d. правильного ответа нет;
 - e. опухоль является радиорезистентная
- 50.** Под тотальным удалением опухоли головного мозга понимают:
- a. удаление опухоли в пределах видимых здоровых тканей;
 - b. удалено более 90 % опухоли, но имеются остатки ее;
 - c. удаление опухоли в пределах возможного;
 - d. правильный ответ: удаление опухоли в пределах видимых здоровых тканей; и удаление опухоли в пределах возможного;
 - e. Среди перечисленных ответов правильного нет: удаление опухоли в пределах видимых здоровых тканей; удаление опухоли в пределах возможного; удалено более 90 % опухоли, но имеются остатки ее;
- 51.** Наиболее частыми и ранними общемозговыми симптомами опухолей мозга у детей являются:
- a. головная боль
 - b. рвота
 - c. застойные диски зрительных нервов
 - d. судороги
 - e. правильны ответы: головная боль и рвота
- 52.** К эмбриональным опухолям согласно классификации ВОЗ, относят:
- a. Пилоцитарная астроцитома
 - b. Атипическая тератоидно-рабдоидная опухоль
 - c. Ангиоцентрическая глиома
 - d. Супратенториальная эпендимома
- 53.** Для пациентов раннего возраста с нейрофиброматозом 1 типа наиболее характерной опухолью ЦНС является:
- a. глиома зрительных путей
 - b. эпендимома
 - c. хориоидкарцинома
 - d. инфантильная полушарная глиома
- 54.** Химиотерапия медуллобластомы включает в себя использование:
- a. высокодозного метотрексата
 - b. высокодозного цитарабина
 - c. дексаметазона
 - d. аспарагиназы
- 55.** С целью стадирования опухолей ЦНС применяется классификация:
- a. TNM
 - b. Chang
 - c. ВОЗ
 - d. Среди перечисленных ответов нет правильного: TNM; Chang; ВОЗ
- 56.** Лучевая терапия в лечении опухолей ЦНС у детей с медуллобластомой (выберите верное утверждение):
- a. строго противопоказана
 - b. используется в случаях рефрактерного течения заболевания

- c. проводится в объеме краниоспинального облучения
 - d. выполняется на фоне интенсивной химиотерапии
- 57.** К опухолям ЦНС в структуре NF2-ассоциированного шванноматоза относят:
- a. глиобластомы и медуллобластомы
 - b. шванномы и менингиомы
 - c. АТРО и эпендимомы
 - d. астроцитомы и нейробластомы ЦНС
- 58.** Маркером секретирующей герминогенно-клеточной опухоли ЦНС является:
- a. альфа-фетопrotein
 - b. нейронспецифическая енолаза
 - c. повышение катехоламинов в моче
 - d. высокий уровень ферритина в крови
 - e.
- 59.** В зависимости от переносимости пищевого фенилаланина допустимое и безопасное его количество в сутки для детей первого года жизни составляет от ____ до ____ мг/кг массы тела
- a. 90; 35;
 - b. 25; 10;
 - c. 80; 20;
 - d. 70; 65.
- 60.** В комплексном лечении пациентов с ВН4 дефицитными ГФА в возрасте до 18 лет с целью коррекции экстрапирамидного синдрома, рекомендуется назначить такой препарат, как
- a. леводопа;
 - b. 5-гидрокситриптофан;
 - c. сапроптерин;
 - d. карбидопа.
- 61.** Какое из утверждений верно? Нейробластома – это опухоль
- a. симпатического нервного системы
 - b. мозжечка
 - c. парасимпатической нервной системы
 - d. почки
- 62.** Выберите правильное утверждение (несколько правильных вариантов ответа):
- a. НБ может быть ассоциирована с врожденными пороками сердца
 - b. НБ может быть ассоциирована с врожденными пороками ЦНС
 - c. НБ может сочетаться с болезнью Гиршпрунга
 - d. НБ чаще встречается при синдроме Дауна
- 63.** В патогенезе синдрома опсиклонус-миоклонус основную роль играют:
- a. воспалительные реакции
 - b. аутоиммунный процесс
 - c. дегенеративные изменения
 - d. травматические изменения
- 64.** Укажите основной патогенетический механизм при секреторной диарее:
- a. воспалительные реакции
 - b. аутоиммунный процесс
 - c. дегенеративные изменения

- d. продукция ВИП
- 65.** Укажите онкомаркеры специфичные для НБ (несколько правильных вариантов ответа):
- a. нейронспецифическая енолаза
 - b. альфа-фетопротеин
 - c. бета-хорионический гонадотропин человека
 - d. ферритин
- 66.** Гематурия при опухоли Вилмса:
- a. Микро
 - b. Макро
 - c. Отсутствует
 - d. возможны все варианты: микро; макро; отсутствует
- 67.** Укажите признаки, характерные для опухоли Вилмса
- a. макрогематурия
 - b. увеличение живота за счет опухоли
 - c. дебют в возрасте 9-12 лет
 - d. высокая летальность
- 68.** Поражение по типу «песочных часов» у детей свойственно опухолям:
- a. нефробластOME
 - b. нейробластOME
 - c. гепатобластOME
 - d. дисгерминомЕ яичника
 - e. Среди перечисленных нет правильного ответа: нефробластOME; нейробластOME; гепатобластOME; дисгерминомЕ яичника
- 69.** У ребенка 1,3 лет диагностирована нейробластома забрюшинного пространства, I стадия заболевания (INSS). На первом этапе лечения выполнено хирургическое вмешательство: радикальное удаление опухоли. Данных за метастатическое поражение не получено. MYCN, 1p – отрицательны. Выберите тактику ведения пациента.
- a. химиотерапия
 - b. облучение ложа удаленной опухоли
 - c. динамическое наблюдение за больным
 - d. 1 и 2.
 - e. 2 и 3
- 70.** Укажите какие методы ядерной медицины используются в настоящее время у детей при диагностике НБ (несколько правильных вариантов ответа):
- a. сцинтиграфия с ^{131}I -МЙБГ
 - b. ПЭТ с ^{18}F -ФДГ
 - c. сцинтиграфия костей скелета с технецием
 - d. сцинтиграфия с ^{123}I -МЙБГ
- 71.** Для доброкачественных опухолей костей у детей характерны следующие рентгенологические признаки:
- a. правильны все ответы: выраженный мягкотканый компонент; мелкоочаговая деструкция; наличие "козырька Кодмэна"; вздутие надкостницы; четкие контуры участка деструкции; истончение коркового слоя
 - b. правильны три признака: вздутие надкостницы; четкие контуры участка деструкции; истончение коркового слоя

- с. правильны четыре признака: выраженный мягкотканый компонент; мелкоочаговая деструкция; наличие "козырька Кодмэна"; вздутие надкостницы
- д. правильны признаки б, г, е мелкоочаговая деструкция; вздутие надкостницы; истончение коркового слоя
- е. нет правильного ответа среди перечисленных: выраженный мягкотканый компонент; мелкоочаговая деструкция; наличие "козырька Кодмэна"; вздутие надкостницы; четкие контуры участка деструкции; истончение коркового слоя;

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

- а. боль при ходьбе
- б. "ночные боли"
- с. повышение температуры тела
- д. парестезии в конечностях
- е. все ответы верны: боль при ходьбе; "ночные боли"; повышение температуры тела; парестезии в конечностях

73. Преимущественная локализация остеогенной саркомы:

- а. дистальный отдел бедренной кости;
- б. проксимальный отдел бедренной кости;
- с. дистальный отдел плечевой кости;
- д. тело позвонка;
- е. ость лопатки.

74. Метод, позволяющий достоверно установить диагноз остеогенной саркомы:

- а. рентгенография
- б. ангиография
- с. компьютерная томография
- д. морфологическое исследование
- е. правильно: рентгенография и компьютерная томография

75. Среди сарком мягких тканей у детей чаще встречается:

- г. ангиосаркома
- д. синовиальная саркома
- е. рабдомиосаркома
- а. лейосаркома
- б. встречаются одинаково часто

76. Прогностически благоприятной локализацией рабдомиосаркомы из перечисленных являются:

- а. все перечисленные: орбита; паратестикулярная зона; влагалище; конечности, мочевого пузырь
- б. только: орбита; паратестикулярная зона; влагалище
- с. только: орбита; паратестикулярная зона
- д. только орбита
- е. влагалище, конечности, мочевого пузырь

77. Причинами ошибочной диагностики при саркомах мягких тканей у детей являются:

- г. отсутствие у врачей онкологической настороженности
- д. незнание клинических проявлений сарком мягких тканей
- а. неумение определения необходимого набора диагностических средств
- б. объективные трудности диагностики

- с. все перечисленные: отсутствие у врачей онкологической настороженности; незнание клинических проявлений сарком мягких тканей; неумение определения необходимого набора диагностических средств; объективные трудности диагностики
- 78.** Ранними симптомами для рабдомиосаркомы мочевого пузыря являются:
- гематурия
 - пиурия
 - дизурические явления
 - болезненность при мочеиспускании
 - острая задержка мочи
- 79.** К группе не параменингеальных относят опухоли, локализующиеся в следующих областях:
- околоушно-жевательная
 - ротоглотка
 - мягкие ткани лица, шеи, волосистой части головы
 - гортань и язык
 - все перечисленные: околоушно-жевательная, ротоглотка, мягкие ткани лица, шеи, волосистой части головы, гортань и язык
- 80.** При I стадии саркомы мягких тканей противоопухолевое лечение начинают:
- с хирургического удаления опухоли
 - с курса химиотерапии
 - с лучевого лечения
 - с химиолучевой терапии
 - с иммунотерапии
- 81.** Выраженную связь с наследственным характером опухоли в структуре злокачественных новообразований детского возраста имеют:
- ретинобластома
 - пигментная ксеродерма
 - лимфома Ходжкина
 - билатеральная нефробластома
 - тератобластома
- 82.** Выберите метод исследования наиболее информативный для диагностики опухолей печени:
- компьютерная томография
 - ангиография
 - УЗИ
 - МРТ
 - сцинтиграфия
- 83.** К новообразованиям АПУД-системы относится:
- рак большой слюнной железы
 - медулярный рак щитовидной железы
 - бронхиогенный рак
 - менингиома
 - хордома
- 84.** Наиболее часто связывают возникновение рака шейки матки с вирусом группы:
- герпес

- b. вирус папилломы
- c. аденовирус
- d. вирус гепатита
- e. вирус Эпштейна-Барр

- 85.** Клинически заподозрить наличие меланомы кожи можно по следующим признакам:
- a. гиперпигментация
 - b. асимметрии невоидного образования
 - c. бурный темп роста опухоли
 - d. выпадение волос при волосатом невусе
 - e. все ответы правильны: гиперпигментация, асимметрии невоидного образования, бурный темп роста опухоли, выпадение волос при волосатом невусе
- 86.** Возможно развитие кардиотоксичности на_____, используемый в лечении нейробластомы:
- a. этопозид
 - b. ифосфамид
 - c. цисплатин
 - d. доксорубицин
- 87.** Перед началом нового терапевтического элемента уровень тромбоцитов в периферической крови у пациентов с острым лимфобластным лейкозом группы высокого риска должен быть не менее:
- a. $20 \cdot 10^9/\text{л}$
 - b. $50 \cdot 10^9/\text{л}$
 - c. $150 \cdot 10^9/\text{л}$
 - d. $30 \cdot 10^9/\text{л}$
- 88.** Из препаратов, использующихся в терапии остеогенной саркомы, наибольшим нефротоксичным действием обладает:
- a. ифосфамид
 - b. цисплатин
 - c. метотрексат
 - d. доксорубицин
- 89.** Тотальное облучение легких:
- a. $20 \cdot 10^9/\text{л}$
 - b. $50 \cdot 10^9/\text{л}$
 - c. $150 \cdot 10^9/\text{л}$
 - d. $30 \cdot 10^9/\text{л}$
- 90.** Основной целью неоадьювантной терапии является:
- a. выявление отдаленных метастазов
 - b. уменьшение объема опухоли
 - c. уменьшение болевого синдрома
 - d. исключение оперативного этапа лечения
- 91.** Перед началом нового терапевтического элемента уровень тромбоцитов в периферической крови у пациентов с острым лимфобластным лейкозом группы высокого риска должен быть не менее:
- a. $20 \cdot 10^9/\text{л}$

- b. $50 \cdot 10^9/\text{л}$
- c. $150 \cdot 10^9/\text{л}$
- d. $30 \cdot 10^9/\text{л}$

- 92.** Препаратом, который может вызывать геморрагический цистит, считают:
- a. цисплатин
 - b. ифосфамид
 - c. винкристин
 - d. доксорубицин
- 93.** К группе антиметаболитов относят:
- a. винкристин
 - b. ритуксимаб
 - c. метотрексат
 - d. циклофосфамид
- 94.** Препаратом, увеличивающим токсичность винкристина, считают:
- a. метотрексат
 - b. цитарабин
 - c. ко-тримоксазол
 - d. позаконазол
- 95.** Поддерживающую химиотерапию низкими дозами химиопрепаратов проводят при:
- a. лимфоме Беркитта
 - b. остром лимфобластном лейкозе
 - c. лимфоме Ходжкина
 - d. анапластической крупноклеточной лимфоме
- 96.** В терапии синдрома острого лизиса опухоли используют:
- a. расбуриказу
 - b. ритуксимаб
 - c. дексаметазон
 - d. адреналин
- 97.** Клиническими симптомами, характерными для побочных эффектов морфина, являются:
- a. запор, гипертензия и нарушение сознания
 - b. респираторная депрессия, диарея, гипотензия
 - c. респираторная депрессия, запор и кожный зуд
 - d. гипотензия, тошнота и рвота, диарея
- 98.** Синдром острого лизиса опухоли наиболее часто развивается:
- a. на поздних сроках специфической терапии
 - b. в первые дни специфической терапии
 - c. на любом этапе специфической терапии
 - d. при солидных опухолях
- 99.** Уровень pH мочи _____ является оптимальным при лечении синдрома острого лизиса опухоли:
- a. 9-10
 - b. 8-9
 - c. 5-6
 - d. 6,5-8

- 100.** Шкалу оценки боли, использующую непосредственный ответ ребенка на адресованный ему вопрос или задание, называют шкалой:
- Эланда
 - поведенческой FLACC
 - тактильной и визуальной оценки боли (TVP scale)
 - Вонга-Бейкера
- 101.** Применение _____ связано с риском инсульта:
- L-аспарагиназы, цисплатина, метотрексата
 - Винкристина, винбластин, этопозид
 - L-аспарагиназы, доксорубицин, иринотекан
 - L-аспарагиназы, винкристина, аллопуринол
- 102.** Клинические симптомы синдрома верхней полой вены:
- диспноэ, одутловатость лица, периорбитальный отек, дисфагия, боль в груди
 - артериальная гипертензия, одышка, кашель
 - одутловатость лица, брадикардия, рвота, экзофтальм
 - периорбитальный отек, геморрагическая сыпь, гипотония, цианоз
- 103.** При окклюзионном кризе у ребенка следует применить:
- наружное дренирование
 - вентрикулоперитонеальное шунтирование
 - введение сердечных гликозидов
 - экстренное радикальное удаление опухоли
- 104.** К возможным причинам повышения артериального давления при нейробластоме забрюшинной локализации относят:
- избыточную секрецию альдостерона
 - избыточную секрецию тиреоидных гормонов
 - поражение аортального клапана сердца
 - компрессию почечных сосудов
- 105.** Хирургическим способом декомпрессии при развитии абдоминального компартмент-синдрома при 4S стадии нейробластомы является:
- установка плеврального дренажа
 - наложение лапаростомы
 - хирургическая резекция опухоли
 - трансплантация печени
- 106.** Риски развития вторичных злокачественных опухолей у пациентов, перенесших противоопухолевую терапию:
- не определены
 - 8-12%
 - зависят от нозологии и ассоциированного лечения
 - 20-25%
- 107.** Ребенка можно считать излеченным от злокачественной солидной опухоли спустя:
- 1 год
 - 3 года
 - 5 лет

- d. 7 лет
- e. 10 лет

- 108.** К больному ребенку применительны следующие виды реабилитации:
- a. Физическая реабилитация
 - b. Психологическая реабилитация
 - c. Социальная реабилитация
 - d. Все перечисленное: Физическая реабилитация; Психологическая реабилитация; Социальная реабилитация
 - e. Правильный ответ: Психологическая реабилитация и Социальная реабилитация
- 109.** Факторами риска снижения слуха у детей с онкологическими заболеваниями являются:
- a. применение карбоплатина
 - b. применение цисплатина
 - c. высокодозная химиотерапия с использованием тиотепы
 - d. краниальное облучение
 - e. применение доксорубицина
- 110.** Факторы риска остеопороза у детей с онкологическими заболеваниями:
- a. применение глюкокортикостероидов
 - b. терапия антрациклинами
 - c. применение иммунотерапии при остром лейкозе
 - d. лучевая терапия
 - e. тяжелый дефицит веса
- 111.** Сохранение репродуктивного потенциала у девочек препубертатного возраста с онкологическими заболеваниями может осуществляться путем:
- a. снижения интенсивности химиотерапии
 - b. криоконсервации ткани яичника
 - c. назначением оральных контрацептивов на период противоопухолевой терапии
 - d. криоконсервацией яйцеклетки
- 112.** К поздним осложнениям облучения ЦНС у детей относят:
- a. эндокринные нарушения
 - b. отек мозга
 - c. алопеция
 - d. нейросенсорную тугоухость
- 113.** Наиболее достоверным способом оценки функции легких является:
- a. рентгенография
 - b. компьютерная томография
 - c. ПЭТ/КТ с ФДГ
 - d. оценка функции внешнего дыхания
- 114.** Кардиомиопатия при использовании антрациклинов:
- a. риск развития повышается при кумулятивной дозе 550мг/м² и выше
 - b. зависит не только от кумулятивной дозы
 - c. встречается только у пациентов раннего возраста
 - d. не характерна

- 115.** Препараты, ассоциирующиеся с риском развития вторичных лейкозов:
- алкилирующие агенты
 - этопозид
 - метотрексат
 - винкристин
- 116.** В рацион пациентов старшего возраста с учетом толерантности к фенилаланину в ограниченном количестве могут входить такие продукты как
- бобовые, орехи;
 - творог, твердые сыры;
 - продукты фастфуд, газированные напитки;
 - куриные яйца;
 - мясо, рыба.
- 117.** Выберите показания к парентеральному питанию:
- невозможность энтерального питания при пороках ЖКТ
 - в послеоперационном периоде после операций на ЖКТ
 - при подозрении на некротизирующий энтероколит
 - при пневмонии
 - недоношенные с ЭНМТ в первые дни жизни
- 118.** Укажите максимальную дозу глюкозы при парентеральном питании:
- 10 г/кг
 - 15 г/кг
 - 18 г/кг
 - 20 г/кг
- 119.** Укажите стартовую дозу аминокислот при проведении парентерального питания:
- 0,5 г/кг
 - 1,0 г/кг
 - 1,5 г/кг
 - 2,0 г/кг
 - 2,5 г/кг
- 120.** Укажите стартовую дозу жировых эмульсий при парентеральном питании:
- 0,5 г/кг
 - 1,0 г/кг
 - 1,5 г/кг
 - 2,0 г/кг

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ НА ПРОВЕРКУ ЗНАНИЙ ПО ОБЩИМ ДИСЦИПЛИНАМ БЛОКА 1:
«Педагогика», «Патология», «Медицина чрезвычайных ситуаций»
«Общественное здоровье и здравоохранение»

Дисциплина «ПЕДАГОГИКА»

Проверяемые компетенции: УК-3

Выберите один правильный ответ

1. Медицинская психология является областью науки, которая:

- a) занимается только решением практических задач
 - b) занимается разработкой только теоретических вопросов
 - c) занимается изучением широкого спектра как теоретических, так и практических проблем в психологии и медицине
 - d) занимается решением только тех практических задач, которые связаны с разработкой психологической помощи
 - e) занимается только теми вопросами, которые связаны с экспертизой
2. Областью медицинской психологии является:
- a) психофармакотерапия
 - b) психопатология
 - c) неврология
 - d) патопсихология
3. Психотерапия как метод лечебного воздействия – включает применение:
- a) биологической терапии
 - b) как психологических, так и лекарственных методов
 - c) различных психологических техник и методов
 - d) любых методов лечебного воздействия
 - e) только методов внушения
4. В современной медицинской психологии используются:
- a) только психодиагностические методы
 - b) исключительно методы психологического воздействия
 - c) и психодиагностические и психокоррекционные методы
 - d) психодиагностические, психокоррекционные, а также психофармакотерапевтические методы
 - e) фармакотерапевтические методы
5. Анозогнозический тип отношения к болезни проявляется в:
- a) активном отбрасывании мыслей о болезни
 - b) адекватной оценке больным своего состояния
 - c) стремлении сохранить работоспособность
 - d) поисках выгод в связи с болезнью
 - e) желании причинить вред окружающим
6. Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях характерно для
- a) паранойяльного типа отношения к болезни
 - b) ипохондрического типа отношения к болезни
 - c) апатического типа отношения к болезни
 - d) дисфорического типа отношения к болезни
 - e) меланхолического типа отношения к болезни
7. «Уход от болезни в работу», стремление сохранить, не утратить работоспособность является характеристикой:
- a) паранойяльного типа отношения к болезни
 - b) сенситивного типа отношения к болезни
 - c) эргопатического типа отношения к болезни
 - d) дисфорического типа отношения к болезни
 - e) тревожного типа отношения к болезни

8. Чрезмерная ранимость, озабоченность неприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни – составляют характеристику:
- a) сенситивного типа отношения к болезни
 - b) меланхолического типа отношения к болезни
 - c) паранойяльного типа отношения к болезни
 - d) дисфорического типа отношения к болезни
 - e) эргопатического типа отношения к болезни
9. Смысл качественного анализа в психопатологии заключается в том, что:
- a) необходимо соотнести показатели шкал со средне-нормативными значениями
 - b) важно проанализировать частоту встречаемости определённых ответов обследуемого
 - c) интерпретация результатов исследования должна быть полной
 - d) анализ результатов должен осуществляться высококвалифицированным специалистом
 - e) целесообразно анализировать ход размышлений, эмоциональные реакции, отношение к собственным ошибкам, отношение к обследованию у пациента при выполнении заданий
10. Термин «процесс обучения» толкуется как...
- a) дидактически обоснованные способы усвоения содержания конкретных учебных предметов;
 - b) процесс управления формированием активной личности, развития ее психических свойств, социальных и профессиональных качеств;
 - c) взаимосвязанная деятельность преподавателя и обучающихся, направленная на достижение педагогических целей;
 - d) деятельность преподавателя по организации обучения;
 - e) преподавание различных предметов.
11. Педагогическая деятельность явилась результатом...
- a) заботы родителей о счастье детей;
 - b) объективных потребностей в подготовке человека к жизни и труду;
 - c) биологических законов сохранения рода;
 - d) формирования государственной системы образования;
 - e) прогресса науки и техники.
12. Отраслью педагогики не является:
- a) история педагогики;
 - b) коррекционная педагогика;
 - c) тифлопедагогика.
 - d) эстетика;
 - e) андрагогика.
13. Кто, как правило, является большим авторитетом для пациента-подростка?
- a) родитель;
 - b) друг, неформальный лидер;
 - c) учитель;
 - d) врач;
 - e) старший родственник.
14. Какой должна быть речь врача при работе с пациентом, страдающим аутизмом?
- a) письменной;
 - b) комичной и ироничной;
 - c) с использованием метафор и сравнений;
 - d) ассоциативной;

е) простой и четкой.

15. Что из нижеперечисленного НЕ относится к специфическим педагогическим функциям врача:
- а) лечебно-профилактическая;
 - б) просветительская;
 - в) профессиональное консультирование;
 - г) креативная;
 - е) мотивационная.
16. Цель внедрения Государственных образовательных стандартов:
- а) характеристика разнообразных современных образовательных учреждений;
 - б) сочетание базисного учебного плана и регионального учебного содержания;
 - в) требования к усвоению всеми обучающимися обязательного минимума знаний, умений, навыков во всех образовательных областях;
 - г) обеспечение вариативности учебных планов, образовательных программ, учебников, форм, методов и средств обучения;
 - е) введение в содержание образования новых учебных дисциплин.
17. К активным методам обучения в медицинском вузе относят:
- а) ролевые, деловые игры;
 - б) решение клинических задач;
 - в) лабораторные практикумы;
 - г) рассказ;
 - е) наблюдение.
18. Проблемное обучение основывается на деятельности обучающегося
- а) репродуктивной;
 - б) конструктивной;
 - в) исследовательской;
 - г) аналитико-синтетической;
 - е) репродуктивно-интуитивной.

Дополните определение.

19. Область медицинской психологии, занимающая «пограничное положение» между психологией и психиатрией, изучающая изменения психической деятельности человека вследствие психических заболеваний: _____
20. постижение эмоциональных состояний другого человека в форме сопереживания и сочувствия – это: _____
21. Чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избирательной уязвимости личности по отношению к определенным психогенным воздействиям при хорошей устойчивости к другим, называется: _____
22. Направленность образования на обобщенные и универсальные знания, усиление взаимосвязи теоретической и прикладной подготовки, формирование общей культуры и развитие научного мышления - образования
23. В наибольшей степени учитываются данные психологии о тесной взаимосвязи процессов обучения (учения) и познания, исследования, мышления при обучении.

24. модель общения врача и пациента подразумевает стиль общения, сходный с отношениями родителя и ребенка. Врач относится к пациенту с заботой и вниманием. Однако вместе с тем, может проявлять настойчивость и в определенном смысле диктовать своему подопечному правила лечения.

Дисциплина «ПАТОЛОГИЯ»

Проверяемые компетенции: ПК-5

Выберите один правильный ответ

1. Какой вирус, обладает максимальной кардиотропностью и вызывает острый миокардит:
a) Вирус Коксаки В3
b) Вирус гепатита С
c) Вирус Эпштейна-Барр
d) Парвовирус В19}
2. Укажите механизмы уничтожения опухолевых клеток натуральными киллерами:
a) Индукция апоптоза
b) Фагоцитоз
c) Активация комплемента
d) Стимуляция открытия кальциевых каналов плазмалеммы
3. Выберите вирус, для которого доказано наличие канцерогенной активности:
a) Вирус гепатита В
b) Вирус кори
c) Вирус гепатита А
d) Вирус полиомиелита
4. Какие эндогенные вещества могут оказывать канцерогенное действие:
a) Эстрадиол
b) Билирубин
c) Инсулин
d) Фосфолипиды
5. Какое из перечисленных проявлений относится к общему действию опухоли на организм:
a) Анемия
b) Болевой синдром
c) Дыхательная недостаточность
d) Кишечная непроходимость

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-5

6. Ведущий патогенетический механизм развития сердечных отеков это:
a) Гидростатический
b) Гипопротеинемический
c) Лимфогенный
d) Мембраногенный.
7. Для доброкачественных опухолей характерно следующее:
a) Высокая степень дифференцировки
b) Инвазивный рост

- c) Системное действие на организм
 - d) Метастазирование
8. Для злокачественных опухолей характерно следующее:
- a) Метастазирование
 - b) Медленный рост
 - c) Высокая степень дифференцировки
 - d) Хорошее отграничение от окружающих тканей

Проверяемые компетенции: УК-1

9. К какой группе компенсаторных механизмов относится активация симпатoadреналовой системы при хронической сердечной недостаточности:
- a) Смешанные
 - b) Кардиальные
 - c) Эстракардиальные
 - d) Интракардиальные
10. За счет каких внутриклеточных структур в основном происходит увеличение объема кардиомиоцитов при гипертрофии:
- a) Митохондрии и саркомеры
 - b) Рибосомы
 - c) Саркоплазматический ретикулум
 - d) Ядро

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-5

Выберите один правильный ответ

11. В клиническом диагнозе основным заболеванием считается:
- a) Заболевание, диагностированное при поступлении в стационар
 - b) Состояние, которое имелось у больного задолго до поступления в стационар
 - c) Состояния, указанные в амбулаторной карте
 - d) Состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование, диагностированное в конце эпизода обращения за медицинской помощью.
12. Первоначальная причина смерти:
- a) Нозологическая единица, послужившая непосредственной причиной смерти
 - b) Болезнь или травма, которая обусловила последовательный ряд болезненных процессов, приведших больного к смерти
 - c) Заболевания, указанные в амбулаторной карте
 - d) Заболевание, диагностированное при поступлении в стационар
13. Непосредственная причина смерти — это:
- a) Нозологическая единица (синдром, травма), за которой последовала биологическая смерть
 - b) Нозологическая единица, явившаяся основной причиной смерти больного
 - c) Проявления механизма наступления смерти
 - d) это смертельное осложнение, определяющее развитие терминального состояния и механизма смерти
14. Рубрики патологоанатомического диагноза включают в себя:
- a) Первоначальную причину смерти
 - b) Непосредственную причину смерти

- c) Основное заболевание, его осложнения, сопутствующие заболевания
 - d) Сопутствующие заболевания
15. Структура патологоанатомического диагноза при наличии комбинированного основного заболевания включает в себя:
- a) Два основных конкурирующих заболевания
 - b) Любую комбинацию конкурирующих, фоновых и сочетанных заболеваний
 - c) Основное и фоновое заболевания
 - d) Два сочетанных заболевания
16. Основные задачи патологоанатомической службы включают в себя:
- a) Посмертную и прижизненную диагностику болезней
 - b) Контроль качества клинической диагностики и хода лечебного дела
 - c) Уточнение структуры причин смертности населения
 - d) Посмертную и прижизненную диагностику болезней; Контроль качества клинической диагностики и хода лечебного дела; Уточнение структуры причин смертности населения
17. При вскрытии трупа оформляются следующие документы:
- a) Протокол патологоанатомического исследования
 - b) Врачебное свидетельство о смерти
 - c) Протокол патологоанатомического исследования; Врачебное свидетельство о смерти }
 - d) Танатогенез

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-5

Дополните определение.

- 18. При субэпикардальном инфаркте миокарда (ИМ) зона некроза локализуется в:
- 19. Дополните определение. При интрамуральном инфаркте миокарда (ИМ) зона некроза локализуется в: _____
- 20. Дополните определение. Какой онкогенный вирус является РНК-содержащим: _____
- 21. Дополните определение. Какие клетки обеспечивают «экранирование» опухолевых клеток и их кластеров в кровотоке: _____
- 22. Дополните определение. Развитие гипонатриемии при паранеопластическом синдроме связано с продукцией гормона: _____

Проверяемые компетенции: ПК-5

Дополните определение.

- 23. При сличении клинического и патологоанатомического диагнозов категории расхождений устанавливаются по: _____
- 24. Клинико-патологоанатомический эпикриз включает в себя следующие основные клинические, патологоанатомические данные и: _____
- 25. Посмертный клинический эпикриз включает в себя следующие анамнестические и клинические, лабораторные и рентгенологические, заключение о причине смерти больного и: _____

Дисциплина «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Проверяемые компетенции УК-1, ПК-3, ПК-12

Выберите правильный ответ

1. Для предупреждения ЧС, обеспечения безопасности жизнедеятельности населения и уменьшения ущерба народному хозяйству, а в случае их возникновения – для ликвидации последствий в стране создана:
 - a) система спасения на земле, воде, воздухе;
 - b) Государственная система спасения при пожарах, наводнениях, смерчах и техногенных катастрофах;
 - c) Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций;
 - d) общая система органов управления субъектов РФ.
2. Функциональная подсистема Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций создается:
 - a) общественными организациями;
 - b) федеральными органами исполнительной власти в министерствах, агентствах и службах Российской Федерации;
 - c) международными организациями;
 - d) главными руководителями лечебных учреждений.

Проверяемые компетенции УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12

Выберите правильный ответ

3. Когда осуществляется постэкспедиционный медицинский осмотр лиц, принимавших участие в ликвидации последствий ЧС:
 - a) на следующий день после прибытия из зоны ЧС;
 - b) не позднее 7 дней после прибытия из зоны ЧС;
 - c) плановые осмотры в течение текущего года;
 - d) не осматриваются.
4. В основе организации лечебно-эвакуационного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайных ситуаций во Всероссийской службе медицины катастроф лежит:
 - a) система организации оказания медицинской помощи на месте (в зоне) ЧС;
 - b) система этапного лечения пораженных с эвакуацией по назначению;
 - c) система оказания специализированной медицинской помощи в очаге массовых санитарных потерь;
 - d) система оказания квалифицированной медицинской помощи при проведении аварийно-спасательных работ.
5. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания первичной врачебной медико-санитарной (первой врачебной) помощи, относятся:
 - a) подвижные группы специалистов, врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.
 - b) подвижные группы специалистов.
 - c) нештатные бригады специализированной медицинской помощи.
 - d) группы эпидемической разведки (ГЭР), врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.
 - e) врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.
6. Основное мобильное лечебно-диагностическое формирование Федерального центра медицины катастроф федерального государственного бюджетного учреждения

«Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации – это:

- a) отдельная медицинская бригада;
- b) мобильный многопрофильный госпиталь;
- c) полевой многопрофильный госпиталь;
- d) отдельный медицинский батальон.

7. Начальником службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации является:

- a) Министр здравоохранения Российской Федерации;
- b) первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации;
- c) начальник Главного военно-медицинского управления;
- d) министр по делам ГО и ЧС.

8. Укажите основной показатель, необходимый для расчета количества медицинских бригад в чрезвычайных ситуациях:

- a) количество обслуживаемого населения поликлиникой;
- b) количество детей;
- c) количество пораженных;
- d) количество медперсонала поликлиники;
- e) количество санитарного автотранспорта.

9. Органом повседневного управления службы медицины катастроф субъекта Российской Федерации являются:

- a) областной отдел здравоохранения;
- b) управление здравоохранения области, края;
- c) управление социальной защиты области, края;
- d) территориальный центр медицины катастроф;
- e) штаб ГО ЧС территории субъекта РФ.

10. Гражданская оборона – это:

- a) формирования групп людей на объектах экономики согласно штату, оснащенные специальной техникой, имуществом и предназначенные для выполнения определенных мероприятий гражданской обороны;
- b) формирования, создаваемые по территориально-производственному принципу, не входящие в состав Вооруженных Сил Российской Федерации, владеющие специальной техникой и имуществом и подготовленные для защиты населения и организаций от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий;
- c) система мероприятий по подготовке к защите и по защите населения, материальных и культурных ценностей на территории Российской Федерации от опасностей, возникающих при военных конфликтах или вследствие этих конфликтов, а также при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;
- d) имеет своей задачей оказание медицинской помощи, осуществление лабораторного контроля, материального и технического обеспечения невоенизированных формирований и населения, проведение работ по обеззараживанию территории, сооружений, транспорта, одежды и других специальных работ при ликвидации последствий нападения противника.

Для трёх последующих тестовых заданий укажите правильные ответы

11. Ведение гражданской обороны на территории Российской Федерации или в отдельных ее местностях начинается (укажите все правильные ответы):

- a) с момента объявления состояния войны, фактического начала военных действий;
- b) с момента принятия решения о введении гражданской обороны министром по делам ГО и ЧС;
- c) с момента введения гражданской обороны решением федеральных органов исполнительной власти субъектов РФ;
- d) введения Президентом Российской Федерации военного положения на территории Российской Федерации или в отдельных ее местностях.

12. Результаты медицинской сортировки на сортировочной площадке этапа медицинской эвакуации закрепляются (укажите все правильные ответы):

- a) записью в рабочем блокноте регистратора;
- b) сортировочной маркой;
- c) записью в единой истории болезни;
- d) записью в карте оказания медицинской помощи;
- e) справкой военно-врачебной комиссии;

e) в сопроводительном листе (для пораженного в чрезвычайной ситуации).

13. В зависимости от задач, решаемых в процессе медицинской сортировки раненых и больных, различают следующие ее виды (укажите все правильные ответы):

- a) одномоментную;
- b) многократную;
- c) внутрипунктовую;
- d) групповую;
- e) эвакуационно-транспортную;
- f) по назначению.

Выберите правильный ответ для следующих тестовых заданий

14. Медицинская сортировка пораженных (больных) проводится по ряду критериев:

- a) по опасности для окружающих;
- b) по нуждаемости в медицинской помощи, для определения места и очередности ее оказания;
- c) по целесообразности и возможности дальнейшей эвакуации;
- d) всем критериям, перечисленным выше.

15. Оптимальный состав сортировочной бригады для носилочных больных и раненых:

- a) врач, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
- b) два врача, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
- c) врач, медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
- d) врач, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и два звена носильщиков.

Проверяемые компетенции ПК-3, ПК-7, ПК-12

Выберите правильный ответ

16. Химическая авария – это:

- a) непланируемый и неуправляемый (пролив, россыпь, утечка) опасных химических веществ, вызывающих отрицательное воздействие на человека и окружающую среду;
- b) внезапный взрыв химических реагентов;
- c) утечка при утилизации химического оружия;

- d) место где произошла катастрофа.
17. Преобладающий путь поступления ядов в организм в производственных условиях:
- a) желудочно-кишечный тракт;
 - b) дыхательные пути;
 - c) кожные покровы;
 - d) все вышеперечисленные пути поступления ядов.
18. При авариях с выбросом хлора или аммиака формируется очаг:
- a) нестойкий, быстродействующий;
 - b) стойкий, быстродействующий;
 - c) нестойкий, медленно действующий;
 - d) стойкий, медленно действующий.
19. По скорости развития патологических нарушений – формирования санитарных потерь химические вещества делятся:
- a) мгновенного и отложенного действия;
 - b) быстрого и замедленного действия;
 - c) скоротечного и медленнодействующего действия;
 - d) условно быстрые и безопасные.
20. Глубина зоны заражения аварийными химически опасными веществами определяется:
- a) агрегатным состоянием вещества, влажностью воздуха, температурой воздуха;
 - b) особенностью местности, количеством вылившегося вещества, его агрегатным состоянием;
 - c) количеством выброшенного (вылившегося) при аварии вещества, скоростью ветра, степенью вертикальной устойчивости воздуха, характером местности;
 - d) не определяется;
 - e) характером местности, стойкостью вещества, скоростью ветра, температурой воздуха.
21. Исходные данные для определения величины и структуры потерь населения в зоне заражения аварийными химически опасными веществами:
- a) площадь зоны заражения, плотность населения в зоне заражения, условия нахождения людей (открыто, в простейших укрытиях, зданиях), обеспеченность противогазами;
 - b) концентрация вещества в воздухе, наличие противогазов, метеоусловия, характер местности;
 - c) агрегатное состояние вещества в момент аварии, внезапность выброса (разлива) вещества, наличие средств защиты, метеоусловия;
 - d) токсичность вещества, масштаб аварии, метеоусловия, наличие средств защиты;
 - e) время суток, масштаб разлива вещества, наличие средств защиты, готовность здравоохранения к ликвидации последствий аварии.
22. Укажите лишнее в классификации аварий на ядерной энергетической установке:
- a) глобальная авария;
 - b) тяжелая авария;
 - c) авария с риском для окружающей среды;
 - d) авария в пределах ядерной энергетической установки;
 - e) серьезное происшествие;
 - f) происшествие средней тяжести;
 - g) несерьезное происшествие;
 - h) незначительное происшествие;
 - i) происшествия, не имеющие значения для безопасности.

23. Какую фазу при радиационных авариях не выделяют:
- a) ранняя фаза;
 - b) промежуточная фаза;
 - c) средняя фаза;
 - d) поздняя (восстановительная) фаза.
24. Какими радионуклидами обусловлена доза внутреннего облучения населения, в первые два месяца после аварии, проживающего на зараженной территории:
- a) радионуклидами йода;
 - b) радионуклидами плутония;
 - c) радионуклидами цезия;
 - d) радионуклидами стронция.
25. Наиболее вероятная патология при аварии на ядерной энергетической установке:
- a) ионизирующая радиация;
 - b) радиационные ожоги;
 - c) механические, термические травмы, лучевые поражения, реактивные состояния;
 - d) ослепление, лучевая болезнь травмы;
 - e) ранения вторичными снарядами, синдром длительного сдавления, ожоги, заражение радиоактивными веществами.
26. Гематологический показатель, по которому можно судить о заболевании острой лучевой болезнью:
- a) гемоглобин;
 - b) число лейкоцитов;
 - c) уровень снижения количества лимфоцитов на 3-5-е сутки;
 - d) тромбоцитопения, лейкопения, агранулоцитоз;
 - e) тромбоцитопения.
27. Основными способами защиты населения от поражающих факторов чрезвычайной ситуации техногенного характера являются:
- a) оказание медицинской помощи;
 - b) вывоз из очага катастрофы;
 - c) укрытие в защитных сооружениях;
 - d) прием медикаментов и эвакуация;
 - e) укрытие в защитных сооружениях, использование средств индивидуальной защиты, эвакуация и рассредоточение.
28. Под лечебно-эвакуационной системой следует понимать:
- a) одну из важнейших составных частей медицинского обеспечения вооруженных сил в военное время, изменяющуюся и совершенствующуюся по мере изменения факторов, оказывающих решающее влияние на деятельность медицинской службы;
 - b) совокупность взаимосвязанных принципов организации медицинской помощи раненым и больным, их лечения, эвакуации, реабилитации и предназначенных для этого сил, и средств службы медицины катастроф, свойственных определенному историческому этапу и уровню развития медицинской науки и экстремальной медицины (медицины катастроф).

Укажите правильные ответы для тестового задания

29. Лечебно-эвакуационные мероприятия включают (укажите все правильные ответы):
- a) розыск, сбор раненых;

- b) оповещение администрации района, города о ранении гражданина;
- c) оказание раненым и больным всех видов помощи;
- d) эвакуацию раненых и больных;
- e) лечение раненых и больных;
- f) медицинскую реабилитацию;
- g) проведение профилактических прививок.

Выберите правильный ответ для последующих тестовых заданий

30. Под этапом медицинской эвакуации понимают:
- a) медицинские формирования и медицинские организации, расположенные на путях эвакуации из очага поражения в тыл в определенной последовательности для оказания медицинской помощи раненым и больным и их лечения с целью максимального ограничения многоэтапности в лечебно-эвакуационном процессе и широкого маневра объемом и видами медицинской помощи;
 - b) формирования и медицинские организации службы медицины катастроф, а также другие медицинские организации, развернутые на путях эвакуации пораженных и обеспечивающие их прием, медицинскую сортировку, оказание регламентируемой медицинской помощи, лечение и подготовку (при необходимости) к дальнейшей эвакуации.
31. Медицинская сортировка представляет собой:
- c) медико-организационное мероприятие, осуществляющееся на каждом этапе медицинской эвакуации с целью обеспечения четкой работы по своевременному оказанию медицинской помощи раненым и больным;
 - d) распределение пораженных на группы по признакам нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями, установленным объемом помощи на данном этапе медицинской эвакуации и принятым порядком эвакуации.

Проверяемые компетенции УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12

Дополните определение

32. Предметы разового пользования (лекарственные препараты, перевязочные средства и др.), а также предметы, приходящие в негодность при кратковременном применении (перчатки, иглы и пр.). относятся к _____ имуществу.
33. Метод работы сортировочной бригады называется _____
34. Медицинская сортировка осуществляется в _____ отделении.
35. Диагностический алгоритм первичного осмотра, пораженного в зоне чрезвычайной ситуации, называется методикой _____.

Проверяемые компетенции ПК-3, ПК-7, ПК-12

Дополните определение

36. Мероприятия, выполняемые с помощью подручных средств, относятся к _____ помощи.
37. Для измерения поглощённой дозы используется _____ при радиационных поражениях
38. Индивидуальный противохимический пакет используется для проведения частичной _____
39. К простейшим средствам защиты органов дыхания относят _____
40. Индивидуальный контроль облучения в очаге радиационного поражения осуществляется с помощью следующего типа дозиметров:

41. Н.И. Пирогов выдвинул свои организационные принципы лечебно-эвакуационных мероприятий в период _____ войны.

Дисциплина «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Тестовые задания закрытого типа

Выберите правильный ответ для последующих тестовых заданий

Проверяемые компетенции: ПК-1, ПК-9

1. Укажите определение здоровья, данное в Уставе ВОЗ:
 - а) здоровье - это состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему наилучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции;
 - б) здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов;
 - в) здоровье - это состояние организма, при котором он функционирует оптимально без признаков заболевания или какого-либо нарушения.
2. Демография изучает:
 - а) здоровье населения
 - б) численность, состав и воспроизводство населения
 - в) вопросы брачности и плодовитости
 - г) закономерности маятниковой миграции населения

ПК-2, ПК-9

3. Данные о заболеваемости применяются для всех перечисленных целей, кроме одной:
 - а) комплексной оценки общественного здоровья;
 - б) оценки качества и эффективности деятельности учреждений здравоохранения;
 - в) комплексной оценки демографических показателей;
 - г) определения потребностей населения в различных видах лечебно-профилактической помощи;
 - д) совершенствования социально-экономических, медицинских мероприятий, направленных на сохранение здоровья населения.

ПК-1, ПК-2

4. Среди факторов, определяющих здоровье населения, лидируют:
 - а) экологические;
 - б) биологические;
 - в) образ жизни;
 - г) уровень образования

ПК-1, ПК-2, ПК-9

5. В структуре причин смертности в России в настоящее время первое ранговое место занимают:
 - а) злокачественные новообразования;
 - б) болезни системы кровообращения;
 - в) инфекционные и паразитарные болезни;
 - г) травмы и отравления;
 - д) болезни органов дыхания
6. Основными группами показателей общественного здоровья являются:
 - а) показатели соотношения, наглядности, инвалидности

- б) показатели инвалидности, заболеваемости, физического развития, демографические показатели
- в) показатели заболеваемости, летальности, инвалидности

7. Что является предметом изучения общественного здоровья и здравоохранения:
- а) здоровье населения и факторы, влияющие на него
 - б) здоровье работающего населения
 - в) эпидемиология заболеваний
 - г) здоровье неработающего населения

ПК-1, ПК-2, ПК-10

8. Профессиональный стандарт — это:
- а) характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой функции
 - б) раздел должностной инструкции, регламентирующий функциональные обязанности
 - в) часть образовательного стандарта, описывающая знания, умения, навыки
 - г) норматив нагрузки на медицинский персонал медицинской организации

ПК-1, ПК-11

9. Основанием для записи в трудовую книжку является
- а) трудовой договор;
 - б) заявление с резолюцией руководителя;
 - в) приказ по личному составу.

ПК-2, ПК-10

10. Пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 7 лет, если его заболевание входит в специальный перечень, выплачивается
- а) по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - б) не более чем за 45 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - в) не более чем за 60 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - г) не более чем за 90 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - д) не более чем за 30 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком.

ПК-10

11. Субъектами вневедомственного контроля качества медицинской помощи являются...
- а) органы управления здравоохранением
 - б) СМО, ТФОМС
 - в) медицинские учреждения
 - г) зам. главного врача по КЭР
 - д) арбитражный суд.

ПК-2, ПК-9, ПК-10, ПК-11

12. Что из перечисленного не является целью создания территориальной системы контроля качества медицинской помощи
- а) защита прав пациента в части получения медицинской помощи гарантированного объема и качества

- б) создание рациональной и эффективной системы контроля за использованием финансовых средств здравоохранения
- в) создание механизма возмещения ущерба здоровью и трудоспособности, возникающих по вине медицинского учреждения
- г) защита прав пациента в части получения медицинской помощи гарантированного объема и качества; создание рациональной и эффективной системы контроля за использованием финансовых средств здравоохранения; создание механизма возмещения ущерба здоровью и трудоспособности, возникающих по вине медицинского учреждения
- д) формирование действенной системы премирования медицинского персонала

ПК-2, ПК-10, ПК-11

13. Размер санкций в случае выявления некачественно оказанной медицинской помощи....
- а) определяется в МРОТ
 - б) превышает стоимость медицинской услуги
 - в) не превышает стоимость медицинской услуги
 - г) устанавливается ЛПУ и органами управления здравоохранения
 - д) определяется страховой медицинской компанией

ПК-10, ПК-11

14. Требование к наличию свидетельства об аккредитации специалиста для осуществления медицинской деятельности утверждается:
- а) федеральным законом «Об образовании в РФ»
 - б) приказом Минтруда России
 - в) Трудовым кодексом РФ
 - г) федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»
15. Репрезентативность – это
- а) способность выборочной совокупности наиболее полно представлять генеральную
 - б) достаточный объем выборочной совокупности
 - в) достаточный объем генеральной совокупности
 - г) непохожесть выборочной совокупности на генеральную

ПК-9, ПК-10

16. Фельдшер может единолично выдать листки нетрудоспособности максимальным сроком до
- а) пяти календарных дней включительно;
 - б) десяти календарных дней включительно;
 - в) трех календарных дней включительно;
 - г) семи календарных дней включительно.
17. В структуре причин инвалидности в России в настоящее время первое ранговое место принадлежит:
- а) злокачественным новообразованиям;
 - б) болезням системы кровообращения;
 - в) инфекционным и паразитарным болезням;
 - г) травмам и отравлениям;

ПК-9, ПК-10, ПК-11

18. Показатель суточной летальности определяется:
- а) отношением числа поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки

- б) отношением числа умерших в первые сутки после поступления к числу умерших в больнице
- в) отношением числа выбывших из стационара к числу умерших в первые сутки

19. Для качества врачебной диагностики в стационарных учреждениях используется показатель:
- а) частота осложнений;
 - б) средняя длительность лечения больного;
 - в) частота повторных госпитализаций;
 - г) частота расхождений стационарных и паталогоанатомических диагнозов.

ПК-10, ПК-11

20. Документом, дающим допуск к медицинской деятельности, является:
- а) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) учебного заведения;
 - б) сертификат специалиста;
 - в) лицензия;
 - г) свидетельство об аккредитации.
21. Должностная инструкция – это:
- а) инструкция директора, которую необходимо выполнять в обязательном порядке;
 - б) документ, в котором прописан распорядок дня в организации, формы наказания за его нарушения;
 - в) организационно-распорядительный документ, в котором описаны требования к квалификации работника на определённой должности, его полномочия, обязанности, ответственность;
 - г) соглашение между работником и работодателем, которое устанавливает их взаимные права и обязанности
22. Младенческая смертность определяется как смертность детей на _____ жизни:
- а) первой неделе;
 - б) первом месяце;
 - в) первом году;
 - г) первых сутках

Тестовые задания открытого типа

Дополните определение

ПК-1, ПК-2, ПК-9

23. В настоящее время демографическая ситуация в Российской Федерации характеризуется _____ приростом

ПК-2 ПК-10

24. Началом истории отечественной страховой медицины является _____ год

ПК-1, ПК-2, ПК-10

25. Основателем кафедры общественного здоровья и здравоохранения в нашей стране является _____

ПК-11

26. Листок временной нетрудоспособности по уходу за детьми в возрасте до 18 лет при их

болезни, связанной с поствакцинальным осложнением, выдается на _____

Дисциплина «ОСНОВЫ ВОЕННОЙ ПОДГОТОВКИ»

Проверяемые компетенции: УК-2, ПК-3

Выберите один правильный ответ.

1. Что не относится к поражающим факторам ядерного взрыва:
 - a) Воздушная ударная волна
 - b) Световое излучение
 - c) Проникающая радиация
 - d) Болезнетворные свойства микробов и результаты их деятельности
2. Верховным главнокомандующим Вооруженными Силами Российской Федерации является:
 - a) Министр обороны РФ
 - b) Премьер-министр РФ
 - c) Президент РФ
 - d) Министр иностранных дел РФ
3. Что не относится к инженерному обеспечению подразделений и войск:
 - a) Создание подразделениям необходимых условий для выполнения боевых задач
 - b) Повышение защиты войск от средств поражения
 - c) Нанесение противнику потерь инженерными боеприпасами и затруднения его действий
 - d) Обеспечение подразделений медицинским имуществом, сохранением боеспособности и укрепление здоровья личного состава
4. Военно-врачебной комиссией призывник признан временно негодным по состоянию здоровья к прохождению военной службы, ему должны предоставить:
 - a) Освобождение от военной службы
 - b) Военный билет
 - c) Направление на альтернативную службу
 - d) Отсрочку от призыва
5. Прицельная дальность стрельбы из ручного пулемета Калашникова РПК74 составляет (м):
 - a) 240
 - b) 380
 - c) 900
 - d) 1000
6. Начальной скоростью называется:
 - a) Скорость движения пули в начале ствола
 - b) Скорость движения пули у дульного среза ствола
 - c) Скорость движения пули при подлете к мишени
 - d) Скорость движения пули на расстоянии 100 м от дульного среза ствола
7. Вес автомата Калашникова АК74 со снаряженным магазином составляет (кг):
 - a) 3,6
 - b) 4,2
 - c) 5,45

- d) 7,62
8. Для стрельбы из пистолета Макарова ПМ применяется:
- a) 9-мм пистолетный патрон
 - b) 7,62-мм пистолетный патрон
 - c) 5,56-мм патрон
 - d) 5,45-мм единый патрон
9. Боевая скорострельность пистолета ПМ составляет (выс/мин):
- a) 30
 - b) 50
 - c) 100
 - d) 35
10. Предельная дальность полёта пули при стрельбе из ручного пулемёта Калашникова составляет (м):
- a) 1350
 - b) 3150
 - c) 1000
 - d) 2500

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9

Задача № 1

На плановом приеме в детской поликлинике мама с ребенком в возрасте 1 мес. Обнаружено, что за месяц ребенок прибавил всего 200 г. Кроме этого, мама отмечает, что младенец беспокойно сосет, плачет после кормления, просыпается на кормление каждые 1,5–2 ч. После кормления мама грудь не сцеживает. Педиатр осмотрел ребенка, грудь матери и заподозрил у нее гипогалактию. В настоящее время ребенок весит 3500 г.

Вопросы: 1. Рассчитайте суточный и разовый объем питания ребенку в этом возрасте. 2. Как определить, сколько высасывает ребенок за сутки? 3. Как доказать, что у матери есть гипогалактия?

Задача № 2.

У вас на приеме ребенок в возрасте 7 мес. Мальчик родился доношенным, масса тела при рождении – 3400 г, длина тела – 52 см. До настоящего времени находился на грудном вскармливании, продукты прикорма не введены. Масса тела ребенка – 7500 г, рост – 66 см. В контрольном анализе крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты – 4,3 млн, MCV (Mean corpuscular volume) – 65 fl, MCH (Mean corpuscular hemoglobin) – 20 pg, тромбоциты – 230 тыс., лейкоциты – 6,9 тыс., сегментоядерные нейтрофилы – 35%, лимфоциты – 55%, моноциты – 10%, СОЭ – 5 мм/ч.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие ребенка.
2. Назовите продукты прикорма, которые уже должен был получать ребенок в возрасте 7 мес.
3. Оцените уровень гемоглобина и при необходимости назначьте лечение (препарат и дозировка).

Задача № 3.

На приеме у педиатра мама с ребенком (1 год 6 мес). Жалобы на неустойчивый характер стула: чаще разжиженный, без патологических примесей; увеличение размеров живота,

метеоризм, снижение массы тела. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей физиологично, 2-х срочных родов путем кесарева сечения (рубец на матке). Апгар – 8/9 баллов. Масса тела при рождении – 3420 г, рост – 53 см. До 1 года 4 мес находился на грудном вскармливании, прикорм введен только в 8 мес. До 8 мес рос и развивался нормально. После введения первого прикорма (манная каша) стул стал неустойчивым. Из блюд ребенок любит макароны, курицу, геркулесовую кашу на молоке. При осмотре кожные покровы бледные, недостаток массы тела, увеличенный живот, скошенные ягодицы. Педиатр заподозрил у ребенка целиакию. Однако мать категорически отказалась от госпитализации и обследования. Просит назначить лечение.

Вопросы:

1. Какие ошибки допущены при введении прикорма?
2. Какую диету необходимо назначить ребенку?
3. Какие каши исключить из рациона питания?
4. Какие препараты нужно назначить ребенку?

Задача № 4.

Вы педиатр родильного дома, на вашем дежурстве родилась доношенная девочка от матери, страдающей гепатитом В. Масса тела ребенка – 2800 г, рост – 49 см. Апгар – 7/8 баллов. Состояние удовлетворительное. Состояние матери – удовлетворительное.

Вопросы:

1. Можно ли приложить ребенка к груди матери?
2. Перечислите абсолютное противопоказание к грудному вскармливанию со стороны ребенка.
3. Перечислите абсолютное противопоказание к грудному вскармливанию со стороны матери.
4. Определите разовый объем питания ребенку в 1-й день жизни.

Задача № 5.

У вас на приеме ребенок в возрасте 7 мес. Мальчик родился доношенным, масса тела при рождении – 3400 г, длина тела – 52 см. До настоящего времени находился на грудном вскармливании, продукты прикорма не введены. Масса тела ребенка – 7500 г, рост – 66 см. В контрольном анализе крови: гемоглобин – 102 г/л, эритроциты – 4,3 млн, MCV (Mean corpuscular volume) – 65 fl, MCH (Mean corpuscular hemoglobin) – 20 pg, тромбоциты – 230 тыс., лейкоциты – 6,9 тыс., сегментоядерные нейтрофилы – 35%, лимфоциты – 55%, моноциты – 10%, СОЭ – 5 мм/ч.

Вопросы:

1. Оцените физическое развитие ребенка.
2. Назовите продукты прикорма, которые уже должен был получать ребенок в возрасте 7 мес.
3. Оцените уровень гемоглобина и при необходимости назначьте лечение (препарат и дозировка).

Задача № 6.

На приеме у педиатра мама с ребенком (1 год 6 мес). Жалобы на неустойчивый характер стула: чаще разжиженный, без патологических примесей; увеличение размеров живота, метеоризм, снижение массы тела. Ребенок от 2-й беременности, протекавшей физиологично, 2-х срочных родов путем кесарева сечения (рубец на матке). Апгар – 8/9 баллов. Масса тела при рождении – 3420 г, рост – 53 см. До 1 года 4 мес находился на грудном вскармливании, прикорм введен только в 8 мес. До 8 мес рос и развивался нормально. После введения первого прикорма (манная каша) стул стал неустойчивым. Из блюд ребенок любит макароны, курицу, геркулесовую кашу на молоке. При осмотре кожные покровы бледные, недостаток массы тела, увеличенный живот, скошенные ягодицы. Педиатр заподозрил у

ребенка целиакию. Однако мать категорически отказалась от госпитализации и обследования. Просит назначить лечение.

Вопросы:

1. Какие ошибки допущены при введении прикорма?
2. Какую диету необходимо назначить ребенку?
3. Какие каши исключить из рациона питания?
4. Какие препараты нужно назначить ребенку?

Задача № 7.

В хирургическое отделение ЛОДБ бригадой «Скорой помощи» с подозрением на острый аппендицит был доставлен ребенок 4-х лет. Жалобы на боли в животе беспокоят в течение 23 часов. Тошноты, рвоты за прошедшие сутки не отмечает. Стул – однократно, кашицеобразный. При осмотре выявлен четкий симптом Щеткина-Блюмберга. В анализе крови лейкоцитоз $22 \times 10^9/\text{л}$. Сопровождавшая ребенка мать рассказывает, что месяц назад мальчику была завершена терапия по поводу опухоли Вилмса справа. По данным выписного эпикриза, лечение включало полихимиотерапию, операцию в объеме правосторонней нефруретерэктомии, и лучевую терапию; по завершении терапии установлена ремиссия заболевания.

Ребенку установлен диагноз острого аппендицита. По поводу дальнейшей, тактики у врачей возникли разногласия: насколько оправдана операция в условиях ЛОДБ у ребенка недавно получавшего противоопухолевую терапию по поводу правосторонней нефробластомы? Было сформулировано 3 предложения: 1. транспортировать ребенка в ГКБ № 31, где он получал противоопухолевую терапию, 2. Выполнить аппендэктомию путем лапароскопии, 3. Выполнить аппендэктомию открытым способом в условиях ЛОДБ.

Вопросы:

1. С чем следует проводить дифференциальную диагностику данного состояния.
3. Сформулируйте и обоснуйте свою собственную позицию по поводу тактики ведения

Задача № 8.

Мальчик, 10 лет, поступил с жалобами на левосторонний экзофтальм, птоз слева. С рождения – пятна типа «кофе с молоком» на коже туловища, конечностей, левосторонний экзофтальм, птоз слева, врожденная глаукома левого глаза. Неоднократно оперирован (в 7 и 8 лет) - удаление патологических тканей в области верхнего века и височной области, частичная резекция верхнего века с пластикой местными тканями. Гистологическое исследование не проводилось. В динамике – нарастание левостороннего экзофтальма.

Семейный анамнез не отягощен. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.

Консультация офтальмолога: VisOS = 0. 3, VisOD = 1. Врожденная глаукома III стадии слева. Левосторонний экзофтальм. На коже множественные пятна цвета "кофе с молоком", веснушки в подмышечных и паховой областях. Визуально отмечается левосторонний экзофтальм, глазное яблоко мутное, движения глазного яблока сохранены, мягкие ткани височной области утолщены, п/о рубец состоятельный.

Результаты диагностики: общий анализ крови: Hb – 121 г/л, эритроциты – $3,7 \times 10^{12}/\text{л}$, лейкоциты – $5,7 \times 10^9/\text{л}$, тромбоциты – $257 \times 10^9/\text{л}$. Общий анализ мочи: норма.

МРТ головного мозга с в/в КУ - в стволе мозга, в ножках и белом веществе полушарий мозжечка, в области таламусов и базальных ядер полушарий мозга отмечаются множественные участки слабоповышенного сигнала на T2-ВИ и FLAIR с нечеткими контурами, без признаков ограничения диффузии и существенного накопления контрастного вещества, без существенного объемного эффекта. В левой глазнице определяется визуально не связанное со зрительным нервом и глазным яблоком патологическое объемное образование сложной формы многоузловой структуры. В центре узлового образования имеется «признак мишени» в виде участка низкой интенсивности.

Вопросы:

1. Какой синдром предрасположенности к опухолям возможно заподозрить в данном случае на основании клинической картины, анамнеза?
2. Какое обследование наиболее целесообразно провести для подтверждения данного синдрома?
3. Учитывая данные молекулярно-генетического исследования, МР-картину, какой тип новообразования глазницы возможно предположить в данном случае?
4. Назовите критерии нейрофиброматоза 1 типа в представленном случае
5. Укажите наиболее целесообразную тактику ведения пациента

Задача № 9.

Девочка, 16 лет, поступила с жалобами на периодические боли в животе.

Анамнез заболевания: около 3-х месяцев назад ребенок отмечает боли в области живота, не связанные с приемом пищи. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлено образование брюшной полости. По данным дообследования (МСКТ органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза с КУ) в брюшной полости, распространяясь из стенки большой кривизны желудка определяется массивное кистозно-солидное образование с центральным распадом размером 163 x 92 x 196 мм, V=1528 мл. В S3 правого легкого очаг уплотнения до 3 мм, субплевральный участок в S6 правого легкого (вероятно, поствоспалительного генеза), очаг уплотнения в S5 левого легкого размером 2 мм, в S6 левого легкого размером 7 мм, в S1/2 левого легкого субплеврально размером 2 мм. Проведена биопсия образования брюшной полости. Гистологическое заключение - рабдомиосаркома БДУ.

Анамнез жизни: Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей. Роды в срок, вес при рождении 2895г, рост 52 см. Развитие по возрасту. В 3 года – эмбриональная рабдомиосаркома подбородочной области (проводилась химиолучевая терапия), ремиссия заболевания. Семейный анамнез: мама пациента в возрасте 8-9 лет получала химиолучевую терапию по поводу остеосаркомы правой большеберцовой кости, в 30 лет – рак левой молочной железы, в 33 года – рак правой молочной железы; бабушка по линии матери - умерла от онкологического заболевания, гистологический диагноз неизвестен (в 32 года); двоюродная бабушка по материнской линии - умерла от РМЖ (в 52 года), прадедущка по материнской линии - умер от рака желудка (в 50 лет).

Консультация генетика: учитывая наличие метакхронных опухолей у пациента,отягощенный семейный анамнез, рекомендовано проведение молекулярно-генетического исследования с целью исключения синдрома предрасположенности к опухолям (СПО).

Данные физикального осмотра: живот визуально увеличен в объеме, окружность живота - 81 см, при пальпации твердый за счет опухолевого образования, умеренно болезненный. Аускультативная картина представлена перистальтическими шумами.

Результаты обследования: Общий анализ крови: Hb – 89 г/л, эритроциты – $2,7 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $6,7 \times 10^9/л$, тромбоциты – $235 \times 10^9/л$

Общий анализ мочи: норма.

МРТ органов брюшной полости с КУ: объемное кистозно-солидное образование брюшной полости, вероятно, из стенки желудка 203x160x284 мм, V=4796 мл, ранее 164x92x196 мм, V=1537 мл накапливающее контрастный препарат по периферии без инвазии в прилежащие органы.

Дополнительная информация: при исследовании периферической крови методом секвенирования по Сэнгеру обнаружен патогенный вариант в гетерозиготном состоянии в гене *TP53*.

Вопросы:

1. Учитывая данные молекулярно-генетического исследования, какой синдром предрасположенности к опухолям (СПО) установлен?
2. Какие злокачественные опухоли наиболее часто выявляются у пациентов с синдромом Ли-Фраумени?

3. От какой опции терапии целесообразно воздержаться в данном клиническом случае ввиду повышенного риска развития вторичных опухолей?
4. В каком случае синдром Ли-Фраумени наиболее вероятен?
5. Какой молекулярно-генетический метод и вид биоматериала наиболее предпочтительны для исключения синдрома Ли-Фраумени?

Задача № 10.

Девочка, 8 лет, поступила с жалобами на слабость, утомляемость, снижение аппетита, длительную лихорадку, похудение на 7 кг в течение двух месяцев, болезненность в тазобедренных суставах, геморрагические высыпания на коже туловища, конечностей.

Анамнез. В течение последних 6 месяцев – периодическое повышение температуры тела (до 39 гр), симптоматическое лечение без эффекта. Неоднократно проводилось обследование в связи с подозрением на аутоиммунные заболевания, генерализованную инфекцию (тонзиллит, нефрит, лимфаденит), диагноз не установлен. Последние 2 месяца – жалобы на болезненность в области нижней челюсти, геморрагические высыпания на коже, фебрильная лихорадка, снижение тромбоцитов до 33 тыс/мкл. Госпитализирована в отделение гематологии для дообследования с предварительным диагнозом: Миелодиспластический синдром? Первичный иммунодефицит? Аутовоспалительные синдром?

Анамнез жизни: Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей. Роды в срок, вес при рождении 3200г, рост 52 см. Развитие по возрасту.

Семейный анамнез: ребенок от близкородственного брака: отец и мать – двоюродные брат и сестра; у сиблинга (брат) – краниофарингиома (в 5 лет).

Консультация генетика: учитывая наличие у пациента фенотипических особенностей – пятна «кофе с молоком», отягощенного семейного анамнеза (сиблинг с краниофарингиомой), принимая во внимание наличие близкородственного брака, показано проведение молекулярно-генетического исследования периферической крови с целью исключения синдрома предрасположенности к опухолям.

Состояние тяжелое за счет выраженного интоксикационного синдрома, лихорадки. Кожные покровы бледные, множественные пятна «кофе с молоком» на коже туловища, конечностей. Геморрагический синдром (экхимозы) в области коленных суставов, нижних конечностей. Лимфаденопатия поднижнечелюстных, паховых, шейных лимфоузлов.

Общий анализ крови: Hb – 70 г/л, эритроциты – $3,34 \times 10^{12}/л$, лейкоциты – $15,24 \times 10^9/л$, тромбоциты – $26 \times 10^9/л$

Общий анализ мочи: норма.

Маркеры воспаления: СРБ – 115 мг/л, прокальцитонин – 0,215 нг/мл.

ПЦР (вирусы: EBV, CMV, HHV, Parvovirus B19, Enterovirus, ОРВИ, прочие инфекции) – не обнаружено.

Миелограмма: выявляется популяция бластных клеток с морфологическими признаками миелоидной дифференцировки. По морфо-цитохимическим особенностям бластные клетки относятся к миелоидным бластам.

Цитогенетическое исследование костного мозга: нормальный женский кариотип. При исследовании методом FISH моносомии/делеции 7 не обнаружено.

УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения паренхимы печени, почек, реактивные изменения поджелудочной железы.

При дообследовании пациенту установлен диагноз «Ювенильный миеломоноцитарный лейкоз». При исследовании периферической крови методом высокопроизводительного секвенирования обнаружен патогенный вариант в гене *MSH6* в **гомозиготном** состоянии.

Вопросы:

1. Учитывая данные молекулярно-генетического исследования, какой синдром предрасположенности к опухолям (СПО) установлен?
2. Какие злокачественные опухоли наиболее часто выявляются у пациентов с CMMRD?

3. Какой синдром целесообразно включить в спектр дифференциальной диагностики CMMRD?
4. В каком случае возможно заподозрить CMMRD?
5. Какой молекулярно-генетический метод и вид биоматериала наиболее предпочтительны в случае подозрения CMMRD?

Задача № 11.

У ребенка, который находится под вашим наблюдением, обнаружены опухоли в обеих почках.

Вопросы:

1. Опишите генетические изменения, имеющиеся у пациентов с опухолью Вилмса.
2. Назовите генетические синдромы, ассоциирующиеся с опухолью Вилмса.
3. Какие обследования нужно проводить у детей с этими синдромами?

Задача № 12

Подросток поступил в отделение скорой помощи с внезапной потерей сознания; в анамнезе сильные головные боли. МРТ головного мозга выявила множественные кистозные образования в мозжечке. Гемоглобин – 160г/л. Отец рассказал, что дедушка мальчика умер от опухоли почки и что у него самого тоже диагностирована опухоль этой же локализации. 8-летняя сестра мальчика полностью здорова.

Вопросы:

1. Какой генетический дефект можно заподозрить в этой семье?
2. Что по вашему предположению содержат обнаруженные при выполнении МРТ кисты?
3. Как обследовать мальчика и его сестру?

Задача № 13.

В приемное отделение ДГБ поступил 7-летний ребенок в экстренном порядке с жалобами на боли в правой половине живота в течение 3-х дней, субфебрильную температуру тела в течение 1 недели. Катаральных явлений нет. При сборе анамнеза установлено, что мальчик ослаблен в течение последних 3-х недель, снижен аппетит, стул 2-3 раза/сутки, к/образный. При осмотре выражена астенизация, бледность и сухость кожных покровов, при пальпации живота- болезненность в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины+/- . В анализе крови лейкоциты $18 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ-20 мм/час. В связи с подозрением на острый аппендицит больной взят в операционную, проведена лапаротомия из доступа по Волковичу-Дьяконову, при ревизии органов выявлена крупнобугристая опухоль размерами 4*6см в терминальном отделе подвздошной кишки, множественные увеличенные до 2-3см мезентериальные лимфатические узлы, лимфоузлы корня брыжейки. В связи с выявлением опухоли подвздошной кишки была предложена следующая тактика: проведение правосторонней гемиколонэктомии с наложением илеостомы, в последующем перевод специализированное отделение.

Вопросы:

1. Верна ли тактика дежурных хирургов?
2. Ваше заключение по данному случаю (предположительный диагноз, тактика ведения).

Задача № 14.

Больной 11 лет доставлен в приемное отделение машиной «Скорой помощи» с направляющим диагнозом – синдром отечной мошонки. Самочувствие пациента не страдает, жалобы на умеренные боли в правом яичке, увеличение его в размерах в течение 2х недель. Травму паховой области отрицает. Не лихорадит. При осмотре правая половина мошонки увеличена в размерах, пальпируется увеличенное до 5*3см, плотное, умеренно болезненное

яичко, придаток яичка неизменен. При сборе анамнеза жизни установлено, что ранее больной страдал острым лейкозом, противоопухолевое лечение завершено 3 года назад.

Вопросы:

1. Каков Ваш предположительный диагноз?
2. Проведите дифференциальный диагноз.
3. Тактика дежурного хирурга.

Задача № 15.

Вас попросили осмотреть 12-летнего мальчика с нарушениями координации, неустойчивой походкой, головной болью и рвотой. При выполнении МРТ была выявлена опухоль одного из полушарий мозжечка.

Вопросы:

Каков вероятный диагноз? Тактика. Метод верификации диагноза.

Задача № 16.

У мальчика 10 лет наблюдается потеря зрения, головная боль, несахарный диабет.

Вопросы:

Каков вероятный диагноз, тактика обследования, варианты терапии.

Задача № 17.

У 6-летней девочки имеются медленно прогрессирующая краниальная нейропатия, двигательная слабость, нарушение речи, глотания.

Вопросы: Каковы вероятный диагноз, исход? Возможные методы терапии.

Задача № 18

Спустя 9 мес после лучевой терапии супратенториальной низкодифференцированной астроцитомы у ребенка появились судороги и прогрессирующая нейропсихическая симптоматика, указывающие на возможный рецидив опухоли. При биопсии выявлен некроз вещества мозга без признаков наличия опухоли.

Вопрос: Каков план ведения пациента?

Задача № 19.

К Вам на прием обратилась пациентка 3х лет с верифицированным диагнозом классическая медуллобластома R0M0, группа SHH, TP53-дикий тип.

Вопросы:

Какой объем дообследования показан?

Какой объем противоопухолевой терапии (обозначить возможные режимы) показан в данном случае?

Задача № 20.

К участковому педиатру обратилась мама девочки 13 мес с жалобами на ухудшение навыков ходьбы: 2 недели назад стала падать и 2 дня назад перестала ходить и стоять на ножках. Одновременно утратила навык пользования горшком: физиологические отправления осуществляет в памперс произвольно. Других жалоб нет. Ребенок направлен к невропатологу, по результатам осмотра: нижний вялый парализ, нарушение функции тазовых органов. Осмотр педиатра патологии не выявил.

Вопросы:

1. Ваш предположительный диагноз?
2. План обследования пациента для постановки диагноза?
3. Тактика лечения?

Задача № 21.

Участковый педиатр вызван к ребенку 1,5 лет по поводу высокой температуры. Родители пожаловались на асимметрию живота ребенка, случайно обнаруженную ими 1 неделю назад. При осмотре: температура +38С (в подмышечной впадине), затруднение носового дыхания. Кожные покровы нормальной окраски, сыпи нет, яркая гиперемия зева. Периферические лимфоузлы не увеличены. Налетов на миндалинах нет. При аускультации: дыхание в легких везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 110/мин. При осмотре живот увеличен в размерах, ассиметричен за счет правой половины. При пальпации - безболезненный, в правой половине определяется объемное образование, плотноэластической консистенции, неправильной формы. Физиологические отправления в норме. Последнее посещение педиатра 1 месяц назад, патологии выявлено не было.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какова дальнейшая тактика участкового врача?
3. Связаны ли между собой лихорадка и образование брюшной полости?

Задача № 22.

Родители ребенка при переодевании случайно выявили у него в животе опухолевое образование. При обследовании в стационаре выявлены четкие УЗ признаки опухоли, исходящей из правой почки, полностью замещающей почечную ткань, а также аналогичные признаки поражения верхнего полюса левой почки. При экскреторной урографии выявлена «немая» почка справа и «ампутация» чашечек верхнего сегмента левой почки. При рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Объем необходимого обследования для уточнения диагноза?
3. Тактика лечения данного пациента?
4. Что определяет прогноз для данного больного?

Задача № 23

Пациент мальчик 2-х лет госпитализирован в хирургическое отделение. Жалобы: на повышение температуры тела до 38,5⁰С, боли в животе, задержку стула до трех дней, снижение аппетита, слабость. Анамнез заболевания: в течение месяца у ребенка периодически отмечались жалобы на боли в животе, которые проходили самостоятельно. По поводу абдоминального болевого синдрома ребенок наблюдался хирургом и педиатром, проводилась симптоматическая терапия (ферментные препараты, спазмолитики) без эффекта. В ходе обследования при проведении УЗИ органов брюшной полости выявлено образование в забрюшинном пространстве. Данные физикального обследования: Состояние ребенка тяжелое за счет болевого и интоксикационного синдрома. Температура 37,7⁰С. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, чистые. Отеков нет. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. При аускультации дыхание везикулярное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Живот увеличен в размерах, при пальпации болезненный в левых отделах живота. Стула не было 3 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Данные лабораторных исследований:

- 1) В гемограмме: гемоглобин – 115 г/л, лейкоциты $9 \cdot 10^9$ /л (п/я – 20%, лимфоциты – 58%, моноциты – 20%, эозинофилы - 2%), тромбоциты – $180 \cdot 10^9$ /л, СОЭ 30 мм/ч.
- 2) Общий анализ мочи – без патологии.
- 3) УЗИ – в забрюшинном пространстве слева (в проекции левого надпочечника) определяется овальной формы объемное образование размерами 38x24x33 мм, неоднородной структуры, слабо васкуляризованное, с четкими контурами, с единичными гиперэхогенными включениями и мелкими анэхогенными единичными полостями.

4) Показатель ЛДГ – 700 Ед/л.

Вопросы:

1. Какие дополнительные методы визуализационной диагностики необходимо выполнить в данной ситуации?
2. Показатели каких онкомаркеров необходимо оценить в данном случае?
3. Каким образом необходимо оценить статус КМ у данного пациента?

Задача № 24.

Девочка 3х лет с установленным диагнозом низкодифференцированной нейробластомы надпочечника (MYCN+, 1p – отрицат.) с метастатическим поражением забрюшинных лимфоузлов, печени, костей, IV стадия по INSS.

Вопрос: определите группу риска и соответствующий объем противоопухолевой терапии.

Задача № 25.

При плановом осмотре перед школой у ребенка 7 лет педиатр пальпаторно выявил сомнительные признаки наличия опухолевого образования в толще мышц по задней поверхности правого бедра не более 2см в диаметре. Ребенок жалоб не предъявляет. Походка не нарушена. Деформации конечностей нет. Образование при пальпации безболезненно, кожа над ним не изменена. Родители ребенка настаивают на обследовании после начала школьных занятий, в виду запланированного отъезда на юг перед школой.

Вопросы:

1. О чем следует думать?
2. Составьте план обследования.

Задача № 26.

К участковому педиатру обратилась мама с девочкой 2 мес с жалобами на образование левой подлопаточной области, которое обнаружила накануне вечером. При осмотре ребенка: кожные покровы, видимые слизистые нормальной окраски, чистые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные, ясные, ЧСС 120/мин. В легких пуэрильное дыхание, проводится во все отделы. Живот правильной формы, не увеличен, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень +1,5см, край печени мягкий, б/болезненный, селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме. В подлопаточной области слева от позвоночника пальпируется образование плотное по консистенции, размерами 1,2*1см, б/болезненное, кожные покровы над образованием не изменены. Девочке в экстренном порядке было проведено УЗИ пораженной области, результаты: визуализируется гипоэхогенное, вероятно, жидкостное образование с четким ровным контуром, подвижное по отношению к грудной клетке, размером 1,19*0,59*1,14см. При ЦДК сосудистый рисунок не определяется. Девочка отпущена домой с диагнозом «здоровая».

Вопросы:

1. Верна ли тактика?
2. Ваш предположительный диагноз?
3. Сформулируйте Вашу тактику ведения пациентки.

Задача № 27.

В районной поликлинике в течение 3 недель у участкового педиатра наблюдается девочка 3,5 лет с шейной правосторонней лимфаденопатией неясного генеза. Из анамнеза известно, что «узлы» на шее появились около 3,5 недель назад, на фоне полного здоровья, температура не повышалась, когда и обратились к участковому педиатру. Была заподозрена бактериальная инфекция неясного генеза, назначен «Аугментин» в течение 10 дней. На фоне антибактериальной терапии отмечена незначительная положительная динамика.

На момент осмотра через 5 дней после завершения антибактериальной терапии отмечено увеличение размеров образования 3*4*4,5см (первично 2,5*3,5*4см). При пальпации

плотное, неподвижное, кожные покровы над ним не изменены, б/болезненное. Было рекомендовано проведение УВЧ с явкой на повторный осмотр через 1 неделю. Вопросы:

1. Предположительный диагноз?
2. Проведите дифференциальную диагностику вашего диагноза с «бактериальной» лимфаденопатией.
3. Дальнейший план ведения пациентки?

Задача № 28.

В травматологическое отделение детской больницы поступил мальчик 11 лет с жалобами на боли в области правого коленного сустава, беспокоящие чаще ночью и хромоту. Данные жаобы беспокоят ребенка в течение 4 нед, постепенно нарастая. При осмотре выявлено опухолевое образование, исходящее из метадиафизарной зоны бедренной кости, не смещаемое, плотное, умеренно болезненное при пальпации. Превышение окружности правого бедра на уровне максимального размера опухоли по сравнению со здоровой левой на 3 см. При рентгенографии правого бедра выявлено, что бедренная кость в метадиафизарной зоне имеет очаги деструкции, чередующиеся с очагами остеосклероза, отмечается периостальная реакция с образованием козырька Кодмана.

Регионарные лимфоузлы не увеличены. При рентгенографии грудной клетки и радиоизотопном сканировании скелета патологии не выявлено. Основываясь на данных обследования, лечащий врач на титульный лист истории болезни вынес клинический диагноз: остеогенная саркома дистального метадиафиза правой бедренной кости, I стадия. На обходе им было предложено, основываясь на отсутствии метастазов и небольших размерах опухоли, ограничить лечение этого больного краевой резекцией бедренной кости с пластикой пострезекционного дефекта костными аллотрансплантатами и в дальнейшем оставить ребенка под динамическим наблюдением.

Вопросы: оцените правильность действий лечащего врача. Какие коррективы вы могли бы внести?

Задача № 29.

В детский травмопункт обратились родители девочки 9 лет. С их слов, девочка поскользнулась на улице и упала на ягодицы. При падении она ощутила боль в ягодичной области. При попытке самостоятельно встать почувствовала боль в средней трети правого бедра. При осмотре в травмопункте отмечена дефигурация конечности: отек средней трети правого бедра и укорочение конечности за счет бедра. При осторожной пальпации отмечены крепитация и взаимное смещение костных отломков. При рентгенографии отмечен косой перелом диафиза правой бедренной кости со смещением отломков и их захождением друг за друга. Также обращает на себя внимание наличие в диафизе кости очагов деструкции и слоистого периостита. При обсуждении данного больного между врачами травмопункта было высказано мнение о наличии у него саркомы Юинга правой бедренной кости. По поводу того, сообщать или нет родителям о возможном наличии опухоли, мнения разделились. Также возникли разногласия по поводу лечебной тактики, но в результате было решено наложить заднюю гипсовую лонгету и направить в травматологический стационар для наложения скелетного вытяжения.

Вопросы:

1. Согласны ли вы с предположительным диагнозом саркомы Юинга?
2. Сформулируйте свой вариант предположительного диагноза или уточните предложенный.
3. Что нужно сообщить родителям девочки о диагнозе?
4. Оцените правильность лечебной тактики в отношении данного больного. Тактика ведения.

Задача № 30.

Ребенку 7 лет по поводу длительного бронхита и подозрения на пневмонию выполнена рентгенография органов грудной клетки. Выявлено образование в верхних отделах заднего средостения справа, прилежащее широким основанием к тени позвоночника.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Какова дальнейшая тактика участкового педиатра?
3. Составьте план обследования больного.

Задача № 31.

При плановом УЗИ матки и плода в женской консультации на 34 неделе беременности выявлены: избыток амниотической жидкости, краевое предлежание утолщенной плаценты, затылочное предлежание плода. У верхнего полюса правой почки плода гипэхогенное опухолевое образование размерами 52*36мм. Масса плода рассчитана как 2950гр. Врач акушер-гинеколог женской консультации принял решение о немедленной госпитализации беременной в отделение патологии беременности в виду грубой патологии плода и беременности. После экстренного консилиума в родильном доме в связи с выявленной патологией у плода роженице было проведено кесарево сечение, из матки извлечен живой ребенок, мужского пола, массой тела 2900гр, ростом 49см, оценка по шкале Апгар 7/8б. Новорожденный с признаками незрелости (покрыт толстым слоем сыровидной смазки, кожа покрыта зародышевым пушком, яички не опущены, непропорциональное телосложение), признаками перинатальной энцефалопатии. В правой половине живота пальпируется плотное образование. По системам и органам в остальном без особенностей. Выявлена артериальная гипертензия 97/52 мм. рт. ст. При УЗИ выявлено опухолевое образование в проекции правого надпочечника 55*36мм. Мать ребенка была информирована о переводе ребенка в отделение патологии новорожденных.

Вопросы:

1. О каком заболевании следует думать?
2. Дальнейшая тактика неонатолога?
3. Правильная ли тактика акушера-гинеколога?
4. Были ли допущены деонтологические ошибки?

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9

5. Эндокринные осложнения трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
6. Клинические признаки кардиопатии после лечения антагонистами
7. Отдаленные осложнения облучения ЦНС у детей
8. Рекомендуемый скрининг отдаленных осложнений после перенесенной противоопухолевой терапии по поводу острого лимфобластного лейкоза
9. Нарушения репродуктивной функции у пациентов, перенесших противоопухолевую терапию в детском возрасте. Профилактика, возможности терапии.
10. Какие виды противоопухолевой терапии приводят к нарушению роста костей у детей. Методы профилактики и коррекции.
11. Хроническая реакция «трансплантат против хозяина». Особенности терапии.
12. Легочные осложнения в отдаленном периоде после противоопухолевой терапии. Диагностика. Лечение.
13. Основы реабилитации в детской онкологии.
14. Реабилитационные программы для семей с ребенком, перенесшим злокачественное онкологическое заболевание.
15. Особенности реабилитации пациентов с опухолями ЦНС
16. Социальная реабилитация детей с онкологическими заболеваниями

17. Способы оценки качества жизни пациентов детского возраста с онкологическими заболеваниями
18. Физиотерапевтические методики в реабилитации пациентов с онкологическими заболеваниями. Показания, терапевтические эффекты.
19. Возможности амбулаторного противоопухолевого лечения. Механизмы назначения лекарственных препаратов. Мониторинг.
20. Профилактика и лечение инфекционных осложнений у пациента с онкологическим заболеванием в амбулаторных условиях
21. Диагностический минимум при проведении наблюдения после завершения противоопухолевого лечения
22. Особенности вакцинопрофилактики у пациентов с иммуносупрессией
23. Особенности восстановления иммунного статуса после завершения противоопухолевой терапии
24. Гиперлейкоцитоз. Факторы риска. Риски летальности. Подходы к терапии.
25. Синдром острого лизиса опухоли. Особенности терапии.
26. Синдром верхней полой вены. Факторы риска. Клиническая картина. Лечение.
27. Гиперкальциемия, сопровождающая злокачественные опухоли. Клинические проявления.
28. Причины и виды шока у детей со злокачественными новообразованиями.
29. Фебрильная нейтропения высокого риска. Тактика лечения, прогноз.
30. Тромботические осложнения в детской онкологии. Факторы риска. Методы профилактики, терапии.
31. Метотрексат индуцированная энцефалопатия. Факторы риска, клиническая картина, особенности лекарственной терапии.
32. Дыхательная недостаточность в дебюте онкологических заболеваний у детей. Причины. Тактика ведения.
33. Острая РТПХ. Основы лечения.
34. Вторичные злокачественные опухоли после перенесенной противоопухолевой терапии.
35. Опишите риски развития и варианты злокачественных опухолей у лиц, выживших после рака
36. Нутриционная поддержка. Определение. Виды нутриционной поддержки
37. Клинические признаки недостаточности отдельных нутриентов (состояние волос, слизистых, ЖКТ, КМС, нервной с-мы и др. признаки)
38. Антропометрические критерии оценки нутриционного статуса. ИМТ (классификация ВОЗ), индекс Кетле, формулы для расчета идеальной массы тела,
39. Методы оценки компонентного состава тела (формулы, калиперометрия, инструментальные методы)
40. лабораторные критерии оценки нутриционного статуса
41. Расчет потребностей организма в энергии и нутриентах (формула Харриса-Бенедикта, уравнение Оуэна, показатели ВОЗ)
42. коэффициенты действительных расходов энергии (активность, фактор болезни, недостаточность питания, воспаление и др.)
43. Потребность в энергии, БЖУ, жидкости в зависимости от возраста
44. Алгоритм проведения нутриционной поддержки.
45. Типы и скорость введения препаратов для энтерального питания
46. Классификация смесей для энтерального питания (примеры)
47. Энтеральное зондовое питания. Показания, противопоказания, правила проведения.
48. Набор для проведения энтерального питания. Методика зондирования и проведения энтерального питания у новорожденных детей.
49. Техника зондового питания через эндоскопический доступ
50. Парентеральное питание. Классификация, показания, противопоказания.
51. Режимы, протокол парентерального питания. Осложнения. Препараты парентерального

питания

52. Сосудистые доступы для парентерального питания. Подготовка и техника катетеризации. Системы для внутрисосудистого введения
53. Диетотерапия больных фенилкетонурией подразумевает исключение в первую очередь: продуктов богатых белками
54. Диетотерапия при классической фенилкетонурии должны быть начата (укажите наиболее благоприятный для прогноза заболевания период): не позднее первых недель жизни
55. Для больных фенилкетонурией рекомендуется пожизненный запрет на: мясо, рыбу
56. Наиболее богаты фенилаланином: белковые продукты
57. В качестве прикорма у детей с галактоземией не рекомендовано использование: молочных продуктов
58. Диетотерапия при ГАЛ включает назначение: казеиновых гидролизатов, безлактозных смесей.
59. Для ребенка с синдромом срыгивания и рвоты показаны следующие смеси: антирефлюксные
60. Принципы диетотерапии при лактазной недостаточности: исключение молока
61. Принципы диетотерапии при ХПН: достаточная калорийность, ограничение натрия, умеренное ограничение белка
62. Диета при гиперуриемии является: молочно-фруктово-ягодной.
63. Методы и принципы лечения злокачественных опухолей. Успехи в онкологии.
64. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение онкологических больных.
65. Современные принципы и возможности лекарственной терапии онкологических больных.
66. Полихимиотерапия в детской онкологии. Протоколы лечения. Принципы сопроводительной терапии.
67. Принципы выбора лекарственной противоопухолевой терапии.
68. Классификация противоопухолевых препаратов, механизмы действия.
69. Проблема токсичности химиотерапии у детей.
70. Опишите общие биохимические механизмы лекарственной резистентности. Пути преодоления.
71. Возможности увеличения максимально переносимой дозы противоопухолевых агентов. Антидоты и хемопротекторы в практике детского онколога.
72. «Рациональная» лекарственная противоопухолевая терапия. Приведите примеры их использования в детской онкологии.
73. Онкологическая настороженность в практике детского врача
74. Основы организация диспансеризации детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями
75. Особенности маршрутизации детей с онкологическими и гематологическими заболеваниями
76. Ранняя диагностика злокачественных новообразований у детей
77. Эпидемиология злокачественных опухолей у детей. Особенности опухолей у детей.
78. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей. Динамика и структура заболеваемости. Возрастно-половые особенности.
79. Заболеваемость и смертность. Онкологическая настороженность.
80. Особенности организации онкологической службы в России. Роль врача общей лечебной сети в профилактике и ранней диагностике злокачественных опухолей. Деонтология в онкологии.
81. Принципы ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей.
82. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Роль скрининга для ранней
83. диагностики и профилактики рака.
84. Роль экзогенных (химические и физические агенты, онковирусы) и эндогенных факторов в возникновении опухолей человека.

85. Основные клинические симптомы и патогенез их развития при злокачественных опухолях.
86. Закономерности и пути метастазирования злокачественных опухолей.
87. Основы канцерогенеза. Характеристика опухолевой клетки.
88. Отличия злокачественных новообразований у детей и подростков от злокачественных новообразований у взрослых.
89. Частота злокачественных новообразований в детской популяции. Факторы риска.
90. Причины запущенности онкологических заболеваний у детей. Показатели летальности в детской онкологии.
91. Основные этапы в истории развития онкологической помощи детям в России.
92. Нутриционная поддержка. Определение. Виды нутриционной поддержки
93. Клинические признаки недостаточности отдельных нутриентов (состояние волос, слизистых, ЖКТ, КМС, нервной с-мы и др. признаки)
94. Антропометрические критерии оценки нутриционного статуса. ИМТ (классификация ВОЗ), индекс Кетле, формулы для расчета идеальной массы тела,
95. Методы оценки компонентного состава тела (формулы, калиперометрия, инструментальные методы)
96. лабораторные критерии оценки нутриционного статуса
97. Расчет потребностей организма в энергии и нутриентах (формула Харриса-Бенедикта, уравнение Оуэна, показатели ВОЗ)
98. Коэффициенты действительных расходов энергии (активность, фактор болезни, недостаточность питания, воспаление и др.)
99. Потребность в энергии, БЖУ, жидкости в зависимости от возраста
100. Лимфома Ходжкина. Стратификация рисков. Подходы к терапии.
101. Дайте определение рецидива ОМЛ. Какие виды рецидивов по локализации вы знаете? Назовите режимы химиотерапии, применяемые у пациентов с рецидивами/рефрактерным течением ОМЛ.
102. Основные принципы индукционной химиотерапии острых лейкозов.
103. Дайте определение нейрорлейкоза. Перечислите диагностические методы верификации. Подходы к терапии. Методы профилактики нейрорлейкемии.
104. Т-лимфобластная лимфома. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Отдаленные результаты.
105. В-клеточные лимфомы у детей. Клиническая картина при абдоминальной локализации. Принципы лечения. Хирургическая тактика. Результаты лечения.
106. Назовите наиболее характерные симптомы ОМЛ, обусловленные инфильтрацией костного мозга, риски жизнеугрожающих осложнений, методы коррекции.
107. Экстрамедулярное поражение при ОМЛ. Методы диагностики, подходы к терапии.
108. Дифференциальная диагностика острых лейкозов.
109. Лимфомы ЦНС у детей. Факторы риска. Диагностика. Клиническая картина. Подходы к терапии. Прогноз.
110. Гистиоцитарные расстройства. Факторы риска. Клиническая картина. Принципы диагностики и лечения.
111. Ювенильная ксантогранулема. Диагностика. Подходы к терапии.
112. Типичные клинические проявления гистиоцитоза из клеток Лангерганса при поражении одной системы. Лечение.
113. Гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз. Критерии верификации диагноза. Подходы к терапии.
114. Молекулярно-генетические основы диагностики гистиоцитарных заболеваний. Основы таргетной терапии.
115. Опухоли центральной нервной системы. Классификация. Алгоритмы диагностики.
116. Дифференциальный диагноз. Подходы к лечению.
117. Медуллобластома. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Отдаленные

118. результаты.
119. Глиомы у детей. Диагностика, подходы к лечению. Возможности таргетной терапии.
120. Атипичическая тератоидно-рабдоидная опухоль у детей раннего возраста. Диагностика. Подходы к терапии. Прогноз.
121. Вторичные опухоли ЦНС. Факторы риска. Диагностика. Возможности противоопухолевой терапии. Исходы.
122. Опухоли забрюшинного пространства. Классификация. Клиническая картина.
123. Диагностика. Тактика лечения.
124. Нейробластома. Клиническая картина. Принципы диагностики.
125. Дифференциальный диагноз. Лечение.
126. Нейробластома. Особенности клинической картины при различных локализациях.
127. Маркеры. Стадирование. Факторы прогноза. Принципы лечения.
128. Нейробластома 4S стадия. Особенности, критерии диагноза. Клиническая картина.
129. Тактика ведения.
130. Принципы лечения опухолей поджелудочной железы у детей. Прогноз.
131. Опухоль Вилмса. Диагностика. Тактика лечения. Прогноз.
132. Дифференциальная диагностика опухоли абдоминальной локализации.
133. Доброкачественные сосудистые опухоли у детей. Частота. Классификация. Особенности диагностики. Принципы лечения.
134. Доброкачественные опухоли мягких тканей у детей. Частота. Классификация. Принципы диагностики и лечения.
135. Злокачественные опухоли костей. Клиническая картина, диагностика, лечение.
136. Остеогенная саркома. Клиническая картина. Рентгенологические признаки. Принципы лечения. Органосохраняющие операции. Отдаленные результаты.
137. Саркома Юинга. Клиническая картина. Рентгенологические признаки. Диагностика. Принципы лечения. Отдаленные результаты.
138. Доброкачественные костные опухоли у детей. Частота. Классификация. Диагностика. Лечение.
139. Злокачественные опухоли мягких тканей. Классификация. Клиническая картина.
140. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные результаты.
141. Рабдомиосаркома у детей. Заболеваемость. Клиническая картина при различных
142. локализациях. Принципы лечения. Отдаленные результаты.
143. Ретинобластома. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз.
144. Лечение. Отдаленные результаты.
145. Билатеральная ретинобластома. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
146. Герминогенные опухоли. Классификация. Клиническая картина. Диагностика.
147. Дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные результаты.
148. Злокачественные опухоли печени. Клиническая картина. Диагностика.
149. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Трансплантация печени. Отдаленные
150. результаты.
151. Злокачественные опухоли сердца. Диагностика. Подходы к терапии.
152. Синдромы предрасположенности к опухолевым заболеваниям в детской онкологии.
153. Особенности диспансеризации и скрининга опухолей у пациентов с синдромами предрасположенности к опухолевым заболеваниям.
154. Основы молекулярно-генетической диагностики синдромов предрасположенности к опухолевым заболеваниям. Примеры наследуемых патогенных генетических вариантов, ассоциированных с развитием злокачественных опухолей у детей.
155. Паранеопластический синдром. Определение, патогенез, классификация дифференциальный диагноз.
156. Методы радиоизотопной диагностики в детской онкологии. Особенности применения методов в зависимости от нозологического варианта опухоли.

157. Онкомаркеры нейрогенных опухолей у детей.
158. Инвазивные методы диагностики в детской онкологии. Особенности выполнения, оценка рисков, ассоциированных с выполнением диагностических манипуляций. Методы исследования биологического материала.
159. Методы верификации диагноза при солидных новообразованиях.
160. Понятие терапевтического лекарственного мониторинга, показания к применению в детской онкологии.
161. Эндоскопические методы исследования в детской онкологии: виды диагностики, показания, противопоказания, ассоциированные риски, подготовка к исследованию и методы обезболивания.
162. Методы визуализации в детской онкологии: виды исследований, показания к применению. Рентгенконтрастные вещества: классификация, цели использования, осложнения.
163. Методы диагностики опухолей ЦНС в онкопедиатрии.
164. Современные методы диагностики гемобластозов.