

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
**«РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА»**
МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России (Пироговский
Университет)

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по послевузовскому
и дополнительному образованию
ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России (Пироговского
Университета)

_____ О.Ф. Природова
«09» июня 2026 г.

Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Укрупненная группа специальностей:

31.00.00 Клиническая медицина

Специальность:

31.08.14 Детская онкология

Блок 3 "Государственная итоговая аттестация"

Б3 (108 часов, 3 з.е.)

Москва, 2026

Программа государственной итоговой аттестации разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.14 Детская онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации) укрупненной группы специальностей 31.00.00 Клиническая медицина, утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014 г. № 1056, педагогическими работниками кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии Института материнства и детства.

№	Фамилия Имя Отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Масчан Михаил Александрович	Д.м.н., профессор	Заведующий кафедрой	Кафедра онкологии, гематологии и лучевой терапии ИМД
2.	Нечеснюк Алексей Владимирович	К.м.н.	Доцент кафедры	Кафедра онкологии, гематологии и лучевой терапии ИМД
3.	Румянцева Юлия Васильевна	Д.м.н.	Профессор кафедры	Кафедра онкологии, гематологии и лучевой терапии ИМД
4.	Кондратчик Константин Леонидович	К.м.н.	Доцент кафедры	Кафедра онкологии, гематологии и лучевой терапии ИМД
5.	Григорьянц Лилия Яковлевна	К.м.н.	Доцент кафедры	Кафедра онкологии, гематологии и лучевой терапии ИМД
6.	Сидорова Наталья Валерьевна	К.м.н.	Ассистент кафедры	Кафедра онкологии, гематологии и лучевой терапии ИМД

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании кафедры онкологии, гематологии и лучевой терапии Института материнства и детства.

Протокол от «28» мая 2026 г. № 5

Заведующий кафедрой онкологии,
гематологии и лучевой терапии ИМД

_____/Масчан М.А./

Оглавление

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации.....	4
2. Характеристика профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры	4
3. Требования к результатам освоения программы ординатуры.....	5
4. Трудоемкость, форма и структура государственной итоговой аттестации	6
4.1. Трудоемкость государственной итоговой аттестации	6
4.2. Форма и структура государственной итоговой аттестации	6
5. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации	7
6. Оценочные средства для контроля качества подготовки ординатора.....	7
6.1. Шкала и критерии оценки результатов сдачи государственной итоговой аттестации.....	7
6.2. Оценочные средства (примеры заданий).....	8
7. Учебно-методическое и информационное обеспечение государственной итоговой аттестации	

1. Цель и задачи государственной итоговой аттестации

Цель государственной итоговой аттестации: определение соответствия результатов освоения обучающимися программы ординатуры требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.14 Детская онкология.

Задачи:

1. Установление уровня подготовки выпускника к выполнению профессиональных задач (оценка степени сформированности компетенций), предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.14 Детская онкология, характеризующих готовность выпускников к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-детский онколог».

2. Принятие решения о выдаче обучающемуся, успешно прошедшему государственную итоговую аттестацию по программе ординатуры, диплома об окончании ординатуры и присвоении квалификации «Врач-детский онколог».

2. Характеристика профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путём обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее – подростки);
- родители (законные представители) пациентов (далее – родители (законные представители));
- население;
- совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Виды и профессиональные задачи, которые выпускник, освоивший программу ординатуры, готов решать:

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.

3. Требования к результатам освоения программы ординатуры

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

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

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

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

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать профессиональными компетенциями:

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения 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).

4. Трудоемкость, форма и структура государственной итоговой аттестации

4.1. Трудоемкость государственной итоговой аттестации

Трудоёмкость государственной итоговой аттестации в соответствии с ФГОС ВО по специальности 31.08.14 Детская онкология составляет 108 часов (3 зачётные единицы).

4.2. Форма и структура государственной итоговой аттестации

Форма государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация обучающихся по программе ординатуры 31.08.14 Детская онкология проводится в форме государственного экзамена.

Структура государственной итоговой аттестации

В Блок 3 "Государственная итоговая аттестация" входят подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

Перед государственным экзаменом по специальности для ординаторов проводятся предэкзаменационные консультации по вопросам, включенным в программу государственного экзамена.

Государственный экзамен проводится в три этапа:

1 этап – аттестационное тестирование в соответствии с программой государственного экзамена по специальности.

2 этап – оценка практических навыков и умений - состоит из демонстрации практических навыков и умений, приобретенных в результате освоения программы ординатуры.

3 этап – итоговое собеседование (оценка умения решать конкретные профессиональные задачи в ходе собеседования) по вопросам в соответствии с программой государственной итоговой аттестации по специальности.

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника. Тестовый материал охватывает содержание всех обязательных дисциплин (модулей) учебного плана. Каждый обучающийся отвечает на 60 вопросов. На тестовый контроль отводится 60 минут.

Собеседование проводится с целью определения профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения. Собеседование проводится на основе решения ситуационных вопросов (задач) междисциплинарного характера. Оценке подлежит уровень компетенции выпускника в использовании теоретической базы для решения профессиональных задач.

В процессе проведения государственного экзамена обучающемуся могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включённые в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

По решению комиссии обучающийся может быть освобожден от необходимости полного ответа на вопрос билета, уточняющий или дополнительный вопрос.

5. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Сроки проведения ГИА определяются календарным учебным графиком и расписанием ГИА.

Программа ГИА, включая программы государственных экзаменов, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за шесть месяцев до начала государственной итоговой аттестации.

Подготовка к государственному экзамену может проводиться в формах, как устного повторения пройденных дисциплин (с использованием собственных конспектов, основной и дополнительной литературы и т.д.), так и дополнительного конспектирования рекомендованных источников по перечню вопросов, выносимых на государственный экзамен. Конспектирование целесообразно в случае, если вопросы для подготовки отличаются от тех вопросов, которые изучались в течение учебного времени, либо же ранее не были предметом тщательного изучения.

В период подготовки к государственному экзамену ординаторам проводятся консультации по дисциплинам (модулям), вошедшим в программу ГИА. Обучающийся обязан прийти на консультацию перед экзаменом, чтобы, во-первых, узнать о возможных изменениях в ходе его проведения, а во-вторых, проконсультироваться у преподавателя по тем вопросам, которые вызвали затруднение при подготовке. В силу последнего на консультацию необходимо приходить, уже изучив весь – или почти весь – требуемый материал (практически готовым к экзамену) и сформулировав вопросы к преподавателю.

Порядок организации и проведения государственной итоговой аттестации регламентирован Положением о порядке организации и проведения государственной итоговой аттестации, обучающихся по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры в федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

6. Оценочные средства для контроля качества подготовки ординатора

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности.

6.1. Шкала и критерии оценки результатов сдачи государственной итоговой аттестации

Результаты тестирования оцениваются по шкале:

Оценка «отлично» – 90 % и более правильных ответов

Оценка «хорошо» – 80-89 % правильных ответов

Оценка «удовлетворительно» – 71-79 % правильных ответов

Оценка «неудовлетворительно» – 70 % и менее правильных ответов

Оценки практических навыков и умений

Результаты 2 этапа государственного экзамена имеют оценку «зачтено» / «не зачтено».

Оценка «зачтено» – обучающийся обладает системными теоретическими знаниями (знает методику выполнения практических навыков, показания и противопоказания, возможные осложнения, нормативы и проч.), самостоятельно демонстрирует выполнение практических умений.

Оценка «не зачтено» – обучающийся не обладает достаточным уровнем теоретических знаний (не знает методики выполнения практических навыков, показаний и противопоказаний, возможных осложнений, нормативы и проч.) и/или не может самостоятельно продемонстрировать практические умения или выполняет их, допуская грубые ошибки.

Обучающиеся, получившие оценку «не зачтено» к 3 этапу государственного экзамена не допускаются, а результат государственного экзамена (итоговая оценка) определяется оценкой «неудовлетворительно».

Итогового собеседования

Результаты 3 этапа государственного экзамена определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно» и заносятся в протокол.

Оценка «отлично» – выставляется ординатору, если он глубоко и прочно усвоил программный материал, исчерпывающе, последовательно, четко и логически стройно его излагает, умеет связывать теорию с практикой, свободно справляется с задачами и вопросами, не затрудняется с ответами при видоизменении заданий, правильно обосновывает принятые решения, владеет разносторонними навыками и приемами выполнения практических задач; комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «хорошо» – выставляется ординатору, если он твердо знает программный материал, грамотно и по существу излагает его, не допуская существенных неточностей в ответе на вопрос, но недостаточно полно раскрывает междисциплинарные связи, правильно применяет теоретические положения при решении практических вопросов и задач, владеет необходимыми навыками и приемами их выполнения, комплексной оценкой предложенной ситуации, правильно выбирает тактику действий.

Оценка «удовлетворительно» – выставляется ординатору, если он имеет знания только основного материала, но не усвоил его деталей, допускает неточности, недостаточно правильные формулировки, нарушения логической последовательности в изложении программного материала, испытывает затруднения при выполнении практических задач, испытывает затруднения с комплексной оценкой предложенной ситуации, не полностью отвечает на вопросы, при помощи наводящих вопросов членов ГЭК, выбор тактики действий возможен в соответствии с ситуацией при помощи наводящих вопросов.

Оценка «неудовлетворительно» – выставляется ординатору, который не знает значительной части программного материала, допускает грубые ошибки, неуверенно, с большими затруднениями решает практические задачи или не справляется с ними самостоятельно, не владеет комплексной оценкой ситуации, неверно выбирает тактику действий, приводящую к ухудшению ситуации, нарушению безопасности пациента.

6.2. Оценочные средства (примеры заданий)

Примеры вопросов к тестированию

Раздел 1. Организационные, эпидемиологические и биологические основы детской онкологии	
1	Среди причин детской смертности в экономических развитых странах, по данным ВОЗ, злокачественные новообразования занимают:
	первое место
	* второе место
	третье место

	четвертое место
	пятое место
2	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
	17-18 детей
	19-20 детей
3	Ежегодно заболевают доброкачественными опухолями на 100 000 детского населения
	до 350 детей
	до 450 детей
	до 550 детей
	до 650 детей
	* до 750 детей
4	В детском возрасте из солидных злокачественных опухолей чаще всего встречаются
	саркомы мягких тканей
	опухоли почек
	нейробластома
	* опухоли ЦНС
	опухоли костей
5	В структуре онкогематологических заболеваний у детей первое место занимает
	* лейкоз
	лимфогранулематоз
	лимфосаркома
	миелопролиферативные заболевания
	парапротеинемический гемобластоз
6	К «истинным детским злокачественным опухолям относятся»?
	* тератобластома, ретинобластома, нейробластома, рабдомиосаркома
	саркома Юинга, синовиальная саркома, хронический лимфолейкоз, лимфосаркома
	саркома Юинга, тератобластома, ретинобластома, нейробластома
	тератобластома, ретинобластома, нейробластома, лимфосаркома
	лимфома Ходжкина, ретинобластома, нейробластома, тератобластома
7	У детей старше 12 лет преобладают опухоли
	нейробластома
	нефробластома
	* остеогенная саркома
	тератобластома
	ретинобластома
8	В морфологии солидных опухолей у детей преобладают
	рак
	* саркома
	аденома

	аденокарцинома
	нет различий
9	Среди детей с онкологическими заболеваниями частота встречаемости СПО в среднем
	* 10%
	8-18%
	менее 3%
	5-10%
	более 20%
10	Герминальные мутации
	* передаются по наследству
	не наследуются
	присутствуют только в клетках опухоли
	* присутствуют во всех клетках организма
	являются непосредственными причиной развития опухоли
11	Выберете определения, характеризующие экспрессивность
	* степень выраженности фенотипа при определенном генотипе
	процент индивидуумов с определенным генотипом, у которых при этом есть фенотипические проявления заболевания
	* при наличии одной и той же мутации у разных членов семьи могут быть разные опухоли
	выражается в процентах
	показательна на примере синдрома Ли-Фраумени
12	Выберете определения, характеризующие метакронные опухоли
	* опухоли с разницей между манифестациями более 6 месяцев
	опухоли с разницей между манифестациями менее 6 месяцев
	это синоним понятия «вторичные опухоли»
	* второй опухолевый процесс не является метастазом
	всегда доброкачественные
Раздел 2. Диагностика, стадирование, стратификация риска и маршрутизация детей с подозрением на злокачественное новообразование	
1	Какое из исследований позволяет установить диагноз «острый миелоидный лейкоз»
	общий анализ крови
	* подсчет миелограммы с проведением цитохимического исследования
	проведение HLA типирования с сиблингами
	цитогенетическое исследование костного мозга
2	К достоинствам метода УЗИ относится
	неинвазивный характер исследования
	безвредность
	отсутствие противопоказаний
	высокая информативность
	* все ответы верны
3	К эндоскопическим методам исследования относятся
	лапароскопия
	торакокопия
	рентгенокопия

	капилляроскопия
	* верные ответы: лапароскопия и торакоскопия
4	радиоактивный йод применяют для диагностики опухолей поджелудочной железы желудка
	* щитовидной железы
	верные ответы: опухоли поджелудочной железы и желудка
	все ответы верны
5	повышение уровня катехоламинов в моче возможно при наличии опухоли нейрогенной природы при наличии опухоли ЦНС после употребления большого количества цитрусовых и шоколада
	* верные ответы: при наличии опухоли нейрогенной природы и после употребления большого количества цитрусовых и шоколада
	все ответы верны
6	у больных с нейробластомой повышение суточной экскреции с мочой катехоламинов наблюдается у:
	* 85% пациентов
	50% пациентов
	25% пациентов
	15% пациентов
	5% пациентов
7	наиболее информативным методом для выявления нейробластомы, локализованной в средостении, считают
	* компьютерную томографию
	рентгенографию
	УЗИ
	ангиографию
8	диагностическим мероприятием, рекомендуемым при первичной медиастинальной лимфоме у детей, считают
	* биопсию лимфоузла (очага поражения) с иммуногистохимическим исследованием
	тонкоигольную пункционную биопсию лимфоузла
	трепанобиопсию
	сцинтиграфию костей скелета
Раздел 3. Опухоли центральной нервной системы у детей	
1	Из солидных злокачественных опухолей наиболее часто встречаются в детском возрасте:
	Опухоли мягких тканей
	Опухоли почек
	* Опухоли ЦНС
	Опухоли костей
	Нейрогенные опухоли
2	Наиболее частая локализация опухолей ЦНС у детей:
	Большие полушария
	Пинеальная область

	*	Задняя черепная ямка
		Кора головного мозга
		Спинной мозг
3		Классификация TNM при первичных опухолях ЦНС:
		Используется для всех опухолей ЦНС
		Используется только при глиомах
	*	В нейроонкологии не применяется как стандартная система стадирования
4		Самая частая злокачественная опухоль головного мозга у детей:
		Мультиформная глиобластома
		Анапластическая астроцитома
	*	Медуллобластома
		Пинеобластома
5		К очаговой неврологической симптоматике при опухолях ЦНС относятся:
	*	Парезы и параличи
	*	Поражение черепных нервов
	*	Косоглазие
	*	Фокальные судороги
		Рвота (без другой неврологической симптоматики)
		Сонливость
6		Какой метод лучевой диагностики используется для визуализации задней черепной ямки и спинного мозга?
		КТ
	*	МРТ
		Сцинтиграфия
		Рентгенография
7		МРТ после операции по поводу медуллобластомы рекомендуется выполнить:
		Через 2 недели
		Через месяц
	*	В течение 24–72 часов после операции
		Непосредственно перед началом лучевой терапии
8		Для стадирования медуллобластомы обязательно выполнение:
	*	МРТ головного мозга
	*	МРТ спинного мозга
	*	Исследования ликвора на опухолевые клетки
		ПЭТ/КТ всего тела
9		При типичной локализации опухоли и диагностически значимом повышении маркеров герминогенной опухоли:
		Биопсия обязательна во всех случаях
	*	Диагноз может быть установлен без морфологической верификации
		Требуется экстренная резекция опухоли
10		Стадии M2 по Chang соответствует
		Наличие опухолевых клеток в ликворе
	*	Наличие метастазов в пределах субарахноидального пространства III и IV желудочков мозга
		Наличие метастазов в субарахноидальном пространстве спинного мозга пределах

	Наличие метастазов за пределами ЦНС
11	Какие молекулярные варианты медуллобластомы традиционно относят к группам высокого риска?
	WNT
	SHH без мутации TP53
*	SHH с мутацией TP53
*	Группа 3
12	Наиболее частым молекулярным событием при пилоцитарной астроцитоме у детей является:
	IDH1 R132H
*	BRAF::KIAA1549
	H3 K27M
	MYCN-амплификация

Примеры вопросов к оценке практических навыков и умений

1. Сбор анамнеза, составление плана обследования;
2. Составление родословной, определение типа наследования;
3. Расчёт факторов риска повышенного онкологического риска и диспансеризации онкологических больных;
4. Физикальные методы обследования ребенка (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
5. Техника антропометрических измерений: взвешивание на электронных весах; измерение длины тела ростомером, сантиметровой лентой; измерение окружности груди, головы, плеча, бедра, голени;
6. Техника измерения артериального давления на верхних и нижних конечностях.
7. Измерение температуры тела электронным термометром (в подмышечной области, ректально);
8. Синдромологический подход;
9. Проведение клинической и дифференциальной диагностики гематологической патологии на этапе до лабораторного периода;
10. Определение необходимости дополнительной консультации специалистами различного профиля, ведение дискуссии (участие в консилиуме);
11. Работа с информационно-поисковыми диагностическими системами (как стационарными, так и интернет-ресурсы);
12. Навыками оказания скорой и неотложной помощи (первичная обработка ран, наложение повязки на рану, подкожные, внутримышечные и внутривенные инъекции; остановка наружного кровотечения, иммобилизация поврежденной конечности, иммобилизация при переломе позвоночника);
13. Выбор и взятие биологического материала для проведения генетических тестов;
14. Проведение рутинных методов генетического анализа (цитогенетического, биохимического, ПЦР-анализ);
15. Определение показаний и назначение инструментальных и лабораторных (в т.ч. специальных генетических) исследований;
16. Интерпретация результатов лабораторных (коагулограмма, кислотно-щелочное состояние, определение группы крови и резус-фактора, техника определения групповой и резус-совместимости крови донора и реципиента, биологическая проба) и специальных методов

диагностики (морфологических, биохимических, молекулярно-генетических, цитогенетических, иммунологических и др.);

17. Интерпретация результатов ЭКГ, ФКГ, ЭЭГ, КТМ, МРТ, ЭНМГ, УЗИ и других исследований;

18. Разъяснение консультируемому в доступной форме содержание консультации, прогноза, заключение;

19. Обоснование тактики лечения и схемы диспансеризации больного с онкологическим заболеванием (на дому, в специализированном учреждении, стационаре);

20. Ведение медицинской документации.

Примеры вопросов к итоговому собеседованию

1. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей. Динамика и структура заболеваемости. Возрастно-половые особенности.

2. Эпидемиология злокачественных опухолей у детей. Особенности опухолей у детей. Заболеваемость и смертность. Онкологическая настороженность.

3. Особенности организации онкологической службы в России. Роль врача общей лечебной сети в профилактике и ранней диагностике злокачественных опухолей. Деонтология в онкологии.

4. Принципы ранней и своевременной диагностики злокачественных опухолей.

5. Принципы диагностики злокачественных опухолей. Роль скрининга для ранней диагностики и профилактики рака.

6. Роль экзогенных (химические и физические агенты, онковирусы) и эндогенных факторов в возникновении опухолей человека.

7. Основные клинические симптомы и патогенез их развития при злокачественных опухолях.

8. Закономерности и пути метастазирования злокачественных опухолей.

9. Опухолевые маркеры и их роль в онкологии.

10. Паранеопластические синдромы. Классификация и их значение.

11. Методы и принципы лечения злокачественных опухолей. Успехи в онкологии.

12. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение онкологических больных.

13. Современные принципы и возможности лекарственной терапии онкологических больных.

14. Полихимиотерапия в детской онкологии. Протоколы лечения. Принципы сопроводительной терапии.

15. Острый лимфобластный лейкоз. Клиническая картина. Диагностика. Принципы лечения.

16. Острый миелобластный лейкоз. Клиническая картина. Диагностика. Принципы лечения.

17. Лимфогранулематоз. Морфологическая классификация. Диагностика.

18. Лимфогранулематоз. Клиническая картина. Стадирование. Лечение. Отдаленные последствия лечения.

19. Рецидивы лимфогранулематоза. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.

20. Неходжкинские лимфомы. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Отдаленные результаты.

21. В-клеточные лимфомы у детей. Клиническая картина при абдоминальной локализации. Принципы лечения. Хирургическая тактика. Результаты лечения.

22. Лимфобластные лимфомы. Клиническая картина при поражении средостения. Синдром сдавления верхней полой вены. Диагностика. Принципы лечения.

23. Гистиоцитарные расстройства. Клиническая картина. Принципы диагностики и лечения.

24. Опухоли центральной нервной системы. Классификация. Алгоритмы диагностики. Дифференциальный диагноз. Подходы к лечению у взрослых и у детей. Роль химиотерапии у детей в возрасте до 3-х лет.
25. Медуллобластома. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Отдаленные результаты.
26. Медуллобластома. Принципы лечения у детей младше и старше 3-х лет. Результаты. Реабилитация.
27. Злокачественные опухоли костей. Клиническая картина, диагностика, лечение.
28. Остеогенная саркома. Клиническая картина. Рентгенологические признаки. Принципы лечения. Органосохранные операции. Отдаленные результаты.
29. Саркома Юинга. Клиническая картина. Рентгенологические признаки. Диагностика. Принципы лечения. Отдаленные результаты.
30. Доброкачественные костные опухоли у детей. Частота. Классификация. Диагностика. Лечение.
31. Злокачественные опухоли мягких тканей. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные результаты.
32. Рабдомиосаркома у детей. Заболеваемость. Клиническая картина при различных локализациях. Принципы лечения. Отдаленные результаты.
33. Опухоли брюшинного пространства. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Тактика лечения.
34. Нейробластома. Клиническая картина. Принципы диагностики. Дифференциальный диагноз. Лечение.
35. Нейробластома. Особенности клинической картины при различных локализациях. Маркеры. Стадирование. Факторы прогноза. Принципы лечения.
36. Нейробластома 4S стадия. Особенности, критерии диагноза. Клиническая картина. Тактика ведения.
37. Злокачественные опухоли печени. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Принципы лечения. Трансплантация печени. Отдаленные результаты.
38. Злокачественные опухоли печени. Варианты оперативных вмешательств.
39. Опухоль Вилмса. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные результаты.
40. Билатеральная опухоль Вилмса. Клиническая картина. Диагностика. Лечение. Показания к трансплантации почки. Отдаленные результаты.
41. Ретинобластома. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные результаты.
42. Билатеральная ретинобластома. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
43. Герминогенные опухоли. Варианты оперативных вмешательств.
44. Герминогенные опухоли. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Лечение. Отдаленные результаты.
45. Редкие опухоли детского возраста. Клиническая картина. Диагностика. Лечение.
46. Доброкачественные сосудистые опухоли у детей. Частота. Классификация. Особенности диагностики. Принципы лечения.
47. Доброкачественные опухоли мягких тканей у детей. Частота. Классификация. Принципы диагностики и лечения.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача 1

В приемное отделение детской клинической больницы поступил мальчик семи лет с жалобами на боли в правой половине живота в течение 3-х дней, субфебрильную температуру в течение недели. При сборе анамнеза заболевания установлено, что в течение последних трех недель больной отмечает повышенную утомляемость, снижение аппетита, стул 2-3 раза в день, разжижен. При осмотре обращает внимание бледность и сухость кожного покрова. При пальпации живота - болезненность в правой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины сомнительны, в экспресс-анализе крови - лейкоцитоз 18 тыс/мкл, 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 брюшной полости выявлена крупнобугристая опухоль размерами 4х6 см в терминальном отделе подвздошной кишки, множественные увеличенные до 2-3 см мезентериальные лимфатические узлы, лимфатические узлы корня брыжейки. В связи с выявлением опухоли подвздошной кишки была предложена следующая тактика: проведение правосторонней гемиколектомии с наложением илеостомы, в последующем - перевод больного в специализированное отделение.

Вопросы:

Каково Ваше заключение по данному случаю?

Правильная ли тактика выбрана дежурными хирургами?

Ситуационная задача 2

К участковому педиатру обратились родители ребёнка 2,5 лет. С их слов, в течение последней недели ребёнок стал вялым, ухудшились аппетит и сон. При физикальном осмотре грубой патологии врач не выявил. Ребёнок обследован в тот же день в условиях поликлиники.

Результаты: анализы крови, мочи, биохимический анализ крови, ЭКГ - без патологии, на рентгенограмме грудной клетки в проекции верхней и средней долей правого лёгкого и в проекции верхней доли левого лёгкого определяются 3 тени округлой формы с чёткими контурами, диаметром 1-1,5 см. Выполнено УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: слева в проекции надпочечника эхопризнаки объёмного образования 3×4 см, с ровными контурами, бугристого, с плотными включениями. На консилиуме врачи поликлиники сформулировали предположительный диагноз злокачественной опухоли и определили наиболее вероятную нозологическую форму, а также установили IV стадию злокачественной опухоли.

Относительно дальнейшей тактики мнения разделились: высказано мнение о необходимости направления ребёнка в специализированный онкологический стационар и другое мнение - об инкурабельности ребёнка и необходимости симптоматической терапии по месту жительства.

Мнения разделились также по вопросу о необходимости информирования родителей о подозрении на наличие злокачественной опухоли.

Вопросы:

Какой предположительный диагноз вы бы сформулировали в данной ситуации?

Какова должна быть тактика с учётом стадии?

Какую информацию необходимо предоставить родителям ребёнка?

Ситуационная задача 3

При диспансерном профилактическом осмотре у мальчика тринадцати лет выявлено пигментное образование в правой паховой области размерами 4х2 см с размытыми контурами, плотное, с глянцевой поверхностью темно-коричневого цвета, возвышается над поверхностью кожи. Со слов пациента, пигментное пятно не беспокоило его длительное время, однако, последние 2 месяца отмечено его увеличение размерах, изменился его цвет (пятно стало более темным), оно стало асимметричным. В связи с подозрением на меланому кожи были вызваны родители, хирургом было предложено провести биопсию (частичное иссечение) пигментного образования с гистологическим исследованием для решения вопроса о характере и объеме лечения после получения результатов гистологического заключения.

Вопросы:

Оцените тактику ведения пациента.

Составьте план ведения данного пациента.

Ситуационная задача 4

При очередном осмотре педиатром, у ребенка 7-ми месяцев выявлена недостаточная прибавка массы тела, сниженный аппетит. Нижняя апертура грудной клетки развёрнута, асимметрична, больше слева. При пальпации живота педиатр выявил образование, исходящее из левого забрюшинного пространства, плотное, несмещаемое с ровными контурами 110/75 мм рт. ст АД.

Родители ребенка сообщили, что за последние 2-3 недели у ребенка периодически возникает потливость, температура повышается до 37,2-37,5°C, при этом заложенности носа, чихания и кашля не отмечалось, ребенок периодически становится возбужденным наблюдается разжиженный стул.

Вопросы:

Сформулируйте предположительный диагноз,

Какова должна быть тактика участкового педиатра в отношении данного больного?

Составьте план обследования больного.

Ситуационная задача 5

У ребенка в возрасте 5 лет выявлена ганглионейробластома забрюшинного пространства, установлена III стадия заболевания. Опухоль была изначально нерезектабельна (переходила за среднюю линию, в её толще проходили мезентериальные сосуды и нижняя полая вена), и после биопсии и установки диагноза ребенок получил курс химиотерапии, на фоне которой опухоль незначительно сократилась в размерах. На фоне проведения лучевой терапии, уменьшения размеров опухоли не отмечено. С учетом отсутствия появления признаков, резектабельности опухоли на фоне лечения было решено воздержаться от ее хирургического удаления. Ребенку было прекращено специальное лечение, и он был переведен под наблюдение онколога по месту жительства. При контрольных обследованиях на протяжении трех лет размеры опухоли оставались неизменными, метастазы в легких, костях и костном мозге не выявлялись.

Вопросы:

Какова должна быть тактика врача в отношении опухоли у данного ребёнка?

Обоснуйте свой ответ.

Ситуационная задача 6

В ортопедическое отделение детской больницы поступил мальчик 11 лет с жалобами на хромоту и боли в области правого коленного сустава, беспокоящие чаще ночью. Данные симптомы наблюдаются у ребенка в течение четырех недель, отмечено нарастание данной симптоматики.

При осмотре выявлено опухолевое образование, исходящее из метадиафизарной зоны бедренной кости, несмещаемое, плотное, умеренно болезненное при пальпации. Превышение окружности правого бедра на уровне максимального размера опухоли по сравнению с 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 патология не выявлено. Основываясь на данных обследования, лечащий врач установил клинический диагноз: остеогенная саркома дистального метадиафиза правой бедренной кости, II стадия. В связи с отсутствием метастазов, учитывая небольшой размер опухоли, решено при проведении лечения данного пациента ограничиться краевой резекцией бедренной кости с пластикой пострезекционного дефекта костными аллотрансплантатами. В дальнейшем оставить ребенка под динамическим наблюдением.

Вопросы:

Оцените правильность действий лечащего врача.

Какие коррективы вы могли бы внести?

Ситуационная задача 7

В детский травмопункт обратились родители девочки 9 лет. С их слов, девочка поскользнулась на улице и упала на ягодицы, ощутив сильную боль в ягодичной области. При попытке самостоятельно встать почувствовала боль в средне трети правого бедра.

При осмотре отмечена деформация конечности: отёк средней трети правого бедра и укорочение конечности за счет бедра. При осторожной пальпации отмечены крепитация и взаимное смещение костных отломков. На рентгенограмме 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 данной пациентки саркомы Юинга правой бедренной кости. Ребенку наложена задняя гипсовая лонгета, дано направление и в ортопедо - травматологический стационар для наложения скелетного вытяжения.

Вопросы:

Согласны ли вы с предположительным диагнозом саркомы Юинга?

Сформулируйте свой вариант предположительного диагноза или уточните предложенный.

Что нужно сообщить родителям девочки о диагнозе?

Оцените правильность лечебной тактики в отношении данного больного.

Ситуационная задача 8

Мальчик 2 лет, с диагнозом: нейробластома заднего средостения. Три блока полихимиотерапии перенёс относительно удовлетворительно. Весь четвертый блок сопровождался выраженной токсичностью (плохо купируемая тошнота, частые рвоты). Сразу после окончания 4-го блока, помимо тошноты появились жалобы на ощущение жжения за грудиной, ощущения кома в горле, жалобы, что «что-то мешает». Данные физикального обследования: без особенностей.

На ЭГДС выявлен эрозивный эзофагит с белесоватыми наложениями.

Вопросы:

Предположите диагноз.

На какие исследования необходимо отправить биоптат, полученный при проведении ЭГДС?

До получения результатов исследования биоптатов показано ли назначение эмпирической антимикробной терапии? Какой будет препарат выбора?

Какие исследования необходимо дополнительно провести ребенку?

Ситуационная задача 9

В детский травмопункт обратились родители девочки 9 лет. С их слов, девочка поскользнулась на улице и упала на ягодицы, ощутив сильную боль в ягодичной области. При попытке самостоятельно встать почувствовала боль в средне трети правого бедра.

При осмотре отмечена деформация конечности: отёк средней трети правого бедра и укорочение конечности за счет бедра. При осторожной пальпации отмечены крепитация и взаимное смещение костных отломков. На рентгенограмме 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 данной пациентки саркомы Юинга правой бедренной кости. Ребенку наложена задняя гипсовая лонгета, дано направление и в ортопедо - травматологический стационар для наложения скелетного вытяжения.

Вопросы:

Согласны ли вы с предположительным диагнозом саркомы Юинга?

Сформулируйте свой вариант предположительного диагноза или уточните предложенный.

Что нужно сообщить родителям девочки о диагнозе?

Оцените правильность лечебной тактики в отношении данного больного.

Ситуационная задача 10

При проведении планового 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 гипэхогенное опухолевое образование размерами 52х36 мм. Биофизический профиль плода – удовлетворительный. Масса плода рассчитана как 2950г. Врач акушер-гинеколог женской консультации принял решение о немедленной госпитализации беременной в отделение патологии беременности ввиду грубой патологии плода. После экстренного консилиума в родильном доме в связи с выявленной патологией у плода роженице было кесарево сечение, из полости матки извлечен ребенок мужского пола массой 2900г, длиной 49см, оценка по шкале Апгар 7/8. Новорожденный с признаками морфо-функциональной незрелости (покрыт сыровидной смазкой, лагуго, яички пальпируются в паховом канале, мягкие кости черепа, низкое стояние пупочного кольца, мягкие низкопосаженные ушные раковины, недостаточная исчерченность ладоней и стоп), признаками гипоксического поражения ЦНС, синдром угнетения (тонус мышц снижен, слабо выраженные сосательный, поисковый, хватательный рефлексы). В правой половине живота пальпируется плотная опухоль? Увеличена печень? Тоны сердца акцентированы. Пульс на лучевых и бедренных артериях удовлетворительный. Выявлена артериальная гипертензия 97/52 мм. рт. ст. При УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства выявлено опухолевое образование в проекции правого надпочечника размерами 55х36 мм. Мать ребенка была проинформирована о переводе в отделение патологии новорожденных.

Вопросы:

О каком заболевании у новорожденного следует думать?

Какова должна быть тактика неонатолога?

Ситуационная задача 11

Девочке М., семи лет по поводу длительного бронхита и подозрения на пневмонию выполнена рентгенограмма грудной клетки. На рентгенограмме выявлено опухолевое образование в верхних отделах заднего средостения справа, прилежащее широким основанием в тени позвоночника.

Вопросы:

Каков предположительный диагноз?

Какова должна быть тактика педиатра?

Составьте план обследования данного больного.

Ситуационная задача 12

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

Вопросы:

Сформулируйте предположительный диагноз.

Какова тактика участкового педиатра?

Составьте примерный план обследования.

Каков прогноз у данного больного и от чего он зависит.

Ситуационная задача 13

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

Вопросы:

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

Ситуационная задача 14

Участковый педиатр вызван к ребёнку 1,5 лет по поводу высокой температуры. Родители также пожаловались на асимметрию живота ребёнка, случайно обнаруженную ими.

При осмотре: лихорадка до 38°C, Дыхание через носовые ходы затруднено, отделяемого нет, умеренная гиперемия задней стенки глотки, миндалин. При аускультации легких дыхание равномерно проводится во все отделы, пуэрильное, хрипы не выслушиваются.

При пальпации живота выявлено объёмное образование, исходящее из левого подреберья, плотнотканчатой консистенции, малосмещаемое, с ровными контурами. При плановом осмотре 4 недели назад пальпация живота патологии не выявила. Стул, мочеиспускание не нарушены.

Вопросы:

Каков предположительный диагноз?
Какова тактика участкового врача?
Как связаны между собой лихорадка и возможная опухоль?

Ситуационная задача 15

При плановом осмотре перед школой у ребёнка 7 лет педиатр пальпаторно выявил опухолевое образование в толще мышц по задней поверхности правого бедра до двух см в диаметре. Ребёнок жалоб не предъявляет. Походка не нарушена. Деформации конечности нет. Родители ребёнка настаивают на обследовании после начала школьных занятий.

Вопросы:

Проведите диагностический поиск.
Какова тактика участкового педиатра?
Составьте план обследования.

Ситуационная задача 16

Родители ребёнка четырех лет случайно при переодевании ребенка обнаружили у него опухолевидное образование в области живота. При обследовании в стационаре выявлены УЗ-признаки опухоли, исходящей из правой почки, полностью замещающей почечную ткань, а также УЗ-признаки аналогичного поражения верхнего полюса левой почки. При экскреторной урографии выявлена некая почка справа и "ампутация" чашечек верхнего сегмента левой почки. При рентгенографии грудной клетки патологии не выявлено.

Вопросы:

Сформулируйте предположительный диагноз.
Какова тактика лечения данного больного?

Ситуационная задача 17

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

Заключение: нижний вялый парапарез, нарушение функции тазовых органов
Проведите диагностический поиск.

Вопросы:

Какие исследования нужно выполнить, чтобы установить диагноз?

Ситуационная задача 18

Мальчик 7 лет госпитализирован в педиатрический стационар со следующими жалобами: потеря веса, слабость, рассеянные боли в костях. При осмотре выявлена бледность кожного

покрова, пальпаторно кости не изменены, отмечается болезненность при пальпации обоих бёдер и ограничение активных и пассивных движений в обоих коленных и тазобедренных суставах. В анализе крови отмечен гиперлейкоцитоз за счёт бластных форм, сплошь покрывающих поля зрения. При рентгенограммах обоих бедер отмечены деструктивные изменения дистальных метадиафизов бедренных костей с образованием козырьков Кодмана.

Вопросы:

Ваш предположительный диагноз?

Какие исследования способны помочь поставить диагноз?

Ситуационная задача 19

В хирургическое отделение центральной районной больницы бригадой "Скорой помощи" с подозрением на острый аппендицит был доставлен ребёнок 4 лет. При поступлении жалобы на боли в животе, которые беспокоят ребенка в течение 23 часов. При осмотре выявлены чёткий симптом Щёткина-Блюмберга, дефанс в правой подвздошной области. Лейкоцитоз 22 ТЫС \мкл.

Со слов матери, 1 месяц назад ребенку закончили проведение противоопухолевого лечения по поводу правосторонней нефробластомы. По данным выписного эпикриза, лечение включало химиотерапию, операцию в объёме нефроуретерэктомии справа и лучевую терапию; ребёнок снят с лечения без признаков рецидива и метастазов.

Ребёнку установлен диагноз острого аппендицита. По поводу дальнейшей тактики у врачей возникли разногласия: насколько оправданна операция аппендэктомии в условиях ЦРБ у ребёнка, недавно получавшего лечение по поводу правосторонней нефробластомы?

Было сформулировано 3 предложения:

транспортировать ребёнка в областную детскую больницу, где он получал противоопухолевое лечение:

выполнить щадящую лапароскопическую аппендэктомию;

выполнить аппендэктомию открытым способом.

Вопрос:

Оцените эти 3 предложения, сформулируйте и обоснуйте свою собственную позицию.

Ситуационная задача 20

В хирургическое отделение центральной районной больницы бригадой "Скорой помощи" с подозрением на острый аппендицит был доставлен ребёнок 4 лет. При поступлении жалобы на боли в животе, которые беспокоят ребенка в течение 23 часов. При осмотре выявлены чёткий симптом Щёткина-Блюмберга, дефанс в правой подвздошной области. Лейкоцитоз 22 ТЫС \мкл.

Со слов матери, 1 месяц назад ребенку закончили проведение противоопухолевого лечения по поводу правосторонней нефробластомы. По данным выписного эпикриза, лечение включало химиотерапию, операцию в объёме нефроуретерэктомии справа и лучевую терапию; ребёнок снят с лечения без признаков рецидива и метастазов.

Ребёнку установлен диагноз острого аппендицита. По поводу дальнейшей тактики у врачей возникли разногласия: насколько оправданна операция аппендэктомии в условиях ЦРБ у ребёнка, недавно получавшего лечение по поводу правосторонней нефробластомы?

Было сформулировано 3 предложения:

транспортировать ребёнка в областную детскую больницу, где он получал противоопухолевое лечение:

выполнить щадящую лапароскопическую аппендэктомию;

выполнить аппендэктомию открытым способом.

Вопрос:

Оцените эти 3 предложения, сформулируйте и обоснуйте свою собственную позицию.

7. Учебно-методическое и информационное обеспечение государственной итоговой аттестации

Основная литература:

1. Детская онкология : учебник для ординаторов / под ред. М. Ю. Рыкова. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023. — 480 с.
2. Гематология : национальное руководство / под ред. О. А. Рукавицына. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2024. — 916 с.
3. Система гемостаза. Теоретические основы и клиническая практика : национальное руководство / под ред. О. А. Рукавицына, С. В. Игнатьева. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2025. — 944 с.

Дополнительная литература:

4. Неотложная педиатрия : национальное руководство / под ред. Б. М. Блохина. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023.
5. Детская хирургия : национальное руководство / под ред. А. Ю. Разумовского. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021.
6. Детская хирургия : учебник / под ред. Ю. Ф. Исакова, А. Ю. Разумовского ; отв. ред. А. Ф. Дронов. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022.