

Документ подписан простой электронной подписью  
Информация о владельце:  
ФИО: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Должность: ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России  
Дата подписания: 25.10.2023 10:26:01  
Уникальный программный идентификатор:  
123d1d365abac3d9cd5b93c39c0f12a00bb02446

Федеральное государственное  
бюджетное образовательное  
учреждение высшего  
образования  
«Волгоградский  
государственный  
медицинский университет»  
Министерства здравоохранения  
Российской Федерации

## Приложение 11 к ОПОП

«УТВЕРЖДАЮ»  
директор Института НМФО

 Н.И. Свиридова  
« 29 » августа 2023 г.

ПРИНЯТО на  
заседании ученого совета  
Института НМФО

№ 1 от « 29 » августа 2023 г.

### Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплинам.

Основная профессиональная образовательная программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности: **31.08.29 Гематология**

Квалификация (степень) выпускника: **врач-гематолог**

Кафедра: **онкологии, гематологии и трансплантологии Института непрерывного медицинского и фармацевтического образования.**

Форма обучения – **очная**

**Разработчики программы:**

№	Ф.И.О.	Должность	Ученая степень/ звание	Кафедра (полное название)
1.	Коваленко Н. В.	Зав. кафедрой	к.м.н.	Кафедра онкологии, гематологии и трансплантологии ИНМФО
2.	Сперанский Д. Л.	профессор	д.м.н./доцент	Кафедра онкологии, гематологии и трансплантологии ИНМФО
4.	Чухнин А.Г.	доцент	к.м.н.	Кафедра онкологии, гематологии и трансплантологии ИНМФО

Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.29 Гематология.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол №2 от «08» 08 2023г.

Заведующий кафедрой онкологии, гематологии и трансплантологии ИНМФО,  
к.м.н.  Н.В. Коваленко

**Рецензенты:**

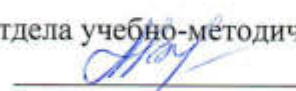
Зав. кафедрой онкологии ФГБОУ ВО ВолгГМУ, к.м.н. Жаворонкова

Рабочая программа согласована с учебно-методической комиссией Института НМФО ВолгГМУ, протокол № 1 от «29» 08 2023 года

Председатель УМК



М.М. Королева

Начальник отдела учебно-методического сопровождения и производственной практики  
 М.Л. Наumenко

Рабочая программа утверждена на заседании Ученого совета Института НМФО протокол №1 от «29» 08 2023 года

Секретарь Ученого совета



В.Д. Заклякова

## 1. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине Гематология

### Тестовые задания

1. Средняя продолжительность жизни эритроцита

0-10 дней

40-100 дней

**60-120 дней**

120-140 дней

150-200 дней

2. Основная функция эритроцита:

участие в создании иммунной защиты

**транспорт кислорода**

поддержание гомеостаза

поддержание кислотно-основного равновесия

перенос антител

3. Функция костного мозга – продукция клеток:

Эритроцитов

Лейкоцитов

тромбоцитов

**всех перечисленных**

4. Должные величины содержания гемоглобина у мужчин

90-100 г/л

100-120 г/л

110-130 г/л

**130-160 г/л**

140-170 г/л

5. Должные величины содержания гемоглобина у женщин

80-100 г/л

100-120 г/л

**120-140 г/л**

140-160 г/л

160-180 г/л

6. Под абсолютным содержанием лейкоцитов понимают

количество лейкоцитов в мазке периферической крови

процентное содержание лейкоцитов отдельных видов

**количество лейкоцитов в 1 л. крови**

7. Должное содержание тромбоцитов в периферической крови

100-150 \* 10<sup>9</sup>/л

110-130

**180-320**

170-380

400-550

8. Основная функция тромбоцитов

**поддержание гемостаза~**

перенос антител

перенос белков

участие в реакциях иммунного ответа

выработка тромбопоэтина

9. Должная величина СОЭ у мужчин

**2-10 мм/ч**

11-15 мм/ч

1-5 мм/ч

16-20 мм/ч

20-30 мм/ч

10. Должная величина СОЭ у женщин:

**2-15 мм/ч**

11-15 мм/ч

1-5 мм/ч

16-20 мм/ч

20-30 мм/ч

11. Содержание в периферической крови палочкоядерных нейтрофилов:

**1-5%**

6-9%

10-12%

13-15%

12. Минимальная продолжительность периода активной сенсibilизации у человека составляет:

2-3 часа

**24 часа**

4 дня

7-8 дней

30-50 дней

13. Содержание в периферической крови сегментоядерных нейтрофилов:

0-20%

21-46%

47-72%

**73-95%**

95-100%

14. Основная функция сегментоядерных нейтрофилов:

**уничтожение проникших в организм микроорганизмов**

поддержание гемостаза

создание клеточного иммунитета

создание гуморального иммунитета

перенос антигенов

15. Содержание в периферической крови моноцитов

0%

**0,5-5%**

6-8%

9-11%

12-15%

16. Содержание в периферической крови базофилов я:

**0-1%**

2-3%

4-5%

6-7%

8-10%

17. Содержание в периферической крови лимфоцитов:

0-1%  
1-5%  
6-18%  
**19-37%**  
38-50%

18. Какие патологические изменения имеются в представленной гемограмме: гемоглобин – 130 г/л, эр.  $4,2 \cdot 10^9$  /л, ЦП – 0,93, рц. – 5%, тр.  $-50 \cdot 10^9$  /л, л.  $-5,6 \cdot 10^9$  /л, п. – 3,5%, с. – 60%, э. – 0,5%, лф. – 25%, мон. – 11%, СОЭ – 5 мм/ч:

Лейкоцитоз

Эозинофилия

**Тромбоцитопения**

Анемия

19. Какие патологические изменения имеются в представленной гемограмме: гем. – 140 г/л, эр.  $4,2 \cdot 10^9$  /л, ЦП – 1,0, рц. – 3%, тр.  $-200 \cdot 10^9$  /л, л.  $-16 \cdot 10^9$  /л, п. – 10%, с. – 49%, э. – 0,5%, лимф. – 30%, мон. – 8%, СОЭ – 20 мм/ч

Анемия

Тромбоцитопения

Тромбоцитоз

**Лейкоцитоз**

нет изменений

20. Какие патологические изменения имеются в представленной гемограмме: гемоглобин – 145 г/л, эр.  $4,1 \cdot 10^9$  /л, ЦП – 1,0, тр.  $-220 \cdot 10^9$  /л, л.  $-4,6 \cdot 10^9$  /л, п. – 4,0%, с. – 66%, э. – 10%, лимф. – 18%, мон. – 2%, СОЭ – 10 мм/ч:

Лейкопения

**эозинофилия**

тромбоцитоз

нейтрофилез

нет изменений

21. Какие патологические изменения имеются в представленной гемограмме: гемоглобин – 136 г/л, эр.  $4,2 \cdot 10^9$  /л, тр.  $-200 \cdot 10^9$  /л, л.  $-5,2 \cdot 10^9$  /л, п. – 6,0%, с. – 65%, мон. – 4%, СОЭ – 50 мм/ч:

эозинофилия

**ускорение СОЭ**

лейкоциоз

нейтропения

нет изменений

22. Какие патологические изменения имеются в представленной гемограмме: гемоглобин – 140 г/л, эр.  $4,1 \cdot 10^9$  /л, ЦП – 1,0, рц. – 3%, тр.  $-250 \cdot 10^9$  /л, л.  $-6 \cdot 10^9$  /л, п. – 2,0%, с. – 56%, э. – 2%, лимф. – 23%, мон. – 8%, СОЭ – 5 мм/ч:

Анемия

Лейкоцитопения

Лейкоцитоз

Эозинофилия

**нет изменений**

23. Возможные этиологические факторы лейкоза

палочка Коха

грипп

**ионизирующая радиация**

беременность

все перечисленное

24. Клинические проявления лейкозов обусловлены  
опухолевой пролиферацией лейкозных клеток  
метастазированием вне гемопозитической системы  
подавлением нормального эритропоэза  
Тромбоцитопенией

**все перечисленное**

25. Основная причина анемии при лейкозах  
дефицит фолиевой кислоты  
лихорадка  
дефицит железа

**подавление эритроидного ростка в костном мозге**  
нарушение синтеза цепей глобина

26. Лечебная тактика лейкозов

ПХТ

трансплантация костного мозга  
сопроводительная терапия  
гемотрансфузионная терапия

**все перечисленное.**

27. Ранним симптомом острого лейкоза может быть)

Стоматит

Ангина

обильные месячные

боли в левом подреберье

**все перечисленное.**

28. Характерный признак миелограммы при остром лейкозе

**Бластоз**

увеличение количества мегакариоцитов

миелофиброз

Аплазия

наличие плазматических клеток

29. При остром лейкозе наиболее характерными показателями периферической крови являются

**анемия, тромбоцитопения, лейкоцитоз с присутствием бластных клеток**

умеренная анемия, тромбоцитоз, лейкоцитоз и лимфоцитозом

умеренная анемия, тромбоцитопения, гиперлейкоцитоз с левым сдвигом в лейкограмме  
до миелоцитов

эритроцитоз, тромбоцитоз, небольшой лейкоцитоз с нейтрофилезом

нормальное количество тромбоцитов и эритроцитов, небольшая лейкопения без особых  
сдвигов в лейкограмме

30. Что является критерием полной клинико-гематологической ремиссии при остром лейкозе

исчезновение симптоматики

**количество бластов в стерильном пунктате менее 5%**

количество бластов в стерильном пунктате менее 2%

31. Для какого варианта острого лейкоза характерно раннее возникновение ДВС-синдрома

острый миелобластный лейкоз

острый лимфобластный лейкоз

**острый промиелоцитарный лейкоз**

острый монобластный лейкоз

острый эритромиелоз

32. В каких органах могут появляться лейкозные инфильтраты при остром лейкозе)

Лимфоузлы

Печень

мозговые оболочки

Кожа

**все перечисленное**

33. Хронический миелолейкоз

возникает у больных с острым миелобластным лейкозом

**относится к миелопролиферативным заболеваниям**

характеризуется панцитопенией

характеризуется тромбоцитемией

характеризуется увеличением лимфатических узлов

34. Филадельфийская хромосома

представляют собой утрату длинного плеча 13 пары хромосом

обязательный признак хронического миелолейкоза

**приобретенная хромосомная транслокация (9;22)**

определяется в клетках лимфоидного ряда.

35. Мутация при хроническом миелолейкозе происходит на уровне:

стволовой клетки

**клетки -предшественницы миелопоэза**

клетки -предшественницы лимфопоэза

пре-Т лимфоцита~ пре-В лимфоцита

36. Для типичного хронического лимфолейкоза наиболее характерны:

на лейкопения с небольшим лейкоцитозом

**лейкоцитоз с абсолютным лимфоцитозом**

лейкоцитоз с нейтрофилезом

лейкопения с лимфоцитопенией

нормальное количество лейкоцитов с небольшим лимфоцитозом

37. Гемограмме при хроническом лимфолейкозе свойственны:

абсолютный лимфоцитоз

относительная нейтропения

клетки цитолиза

**все перечисленное**

38. Формы хронического лимфолейкоза:

доброкачественная (медленотекущая)

опухолевая

костномозговая

Спленомегалическая

**все перечисленное**

39. Наиболее характерный клинический симптом хронического лимфолейкоза:

Лихорадка

боли в костях

**увеличение лимфатических узлов**

увеличение печени

40. Миелодиспластический синдром это :

**клональное заболевание с поражением полипотентной стволовой клетки и неэффективным гемопоэзом**

рецидив острого лейкоза  
бластный криз хронического миелолейкоза  
эритремия

41. Рефрактерная анемия с «кольцевыми» сидеробластами это:

мегалобластная анемия  
анемия Минковского Глоффаро

рецидив острого лейкоза

**нозологическая форма миелодиспластического синдрома**

42. Больным с бластными клетками до 15% в костном мозге ставится диагноз:

острый лейкоз

хронический миелолейкоз

**миелодиспластический синдром с повышенным содержанием бластных клеток**

эритремия с вторичным миелофиброзом

мегалобластная анемия

43. Миеломная болезнь относится к группе:

острых лейкозов

**парапротеинемических гемобластозов**

нелейкемических гемобластозов

миеломнопролиферативных опухолей

болезней накопления

44. Наиболее часто встречающиеся симптомы миеломной болезни:

Кровотечения

**Оссалгии**

увеличение периферических л/узлов

увеличение селезенки

лихорадка

45. Для диагностики миеломной болезни может применяться:

стернальная пункция

трепанобиопсия

определение М-градиента и уровня иммуноглобулинов

рентгенологическое исследование плоских костей

**все перечисленное**

46. Признаками дефицита железа в организме являются все, кроме:

выпадения волос и ломкости ногтей

ангулярного стоматита и глоссита

**иктеричности**

извращения вкуса

47. Для железодефицитной анемии характерно:

гипохромия, микроцитоз, сидеробласты в стернальном пунктате

гипохромия, микроцитоз, мишеневидные эритроциты

гипохромия, микроцитоз, повышение железосвязывающей способности сыворотки

гипохромия, микроцитоз, понижение железосвязывающей способности сыворотки

гипохромия, микроцитоз, положительная дефераловая проба

48. Основные причины дефицита витамина В 12:

Гастроэктомия

Дисбактериоз

Гепатит



инвазия широкого лентеца

**все перечисленное**

49. Железодефицитные анемии чаще бывают:

Нормохромные

**Гипохромные**

гиперхромные

50. При железодефицитной анемии в костном мозге отмечается:

увеличение нормобластов

**уменьшение нормобластов**

появление мегалобластов

количество нормобластов не меняется

51. К препаратам, способным вызвать тромбоцитопению, относится:

**ацетилсалициловая кислота**

викасол

Кардарон

верошпирон

52. При аутоиммунной тромбоцитопенической пурпуре?

**число мегакариоцитов в костном мозге увеличено, шнурующихся форм нет**

число мегакариоцитов в костном мозге снижено

не возникают кровоизлияния в мозг

характерно увеличение печени

53. Для диагностики гемофилии применяется:

**определение времени свертываемости крови**

определение времени кровотечения

определение плазминогена

определение тромбоцитов

54. ДВС-синдром может возникнуть при:

**генерализованных инфекциях**

эпилепсии

внутриклеточном гемолизе

почечной недостаточности

**Перечень вопросов для устного собеседования:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Введение в гематологию»</p>	<p>Строение клетки . Клеточные мембраны. Ядро. Цитоплазма (цитоскелет, органоиды) . Деление клетки. Строение и функции костного мозга Лимфатические узлы Тромбоцитопоз Эритропоз Лимфопоз. Регуляция кроветворения. Аномалии хромосом и их природа. Наследственные изменения хромосом и онкогенез. Наследственные заболевания системы крови. Цитохимические и цитогенетические методы исследования.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Гемабластозы. Анемии»</p>	<p>Лейкозы. Классификация лейкозов Острые лимфобластные лейкозы. Острые нелимфобластные лейкозы. Миелодиспластический синдром. Хронический миелолейкоз Волосатоклеточный лейкоз</p>

	<p>Множественная миелома. Макроглобулинемия Вальденстрема. Ходжкинские и неходжкинские лимфомы Трансплантация костного мозга Железодефицитные анемии Мегалобластные анемии Апластические анемии</p>
<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Физиология и патология системы гемостаза и методы его исследования. Геморрагические диатезы сосудистого генеза»</p>	<p>Система первичного сосудисто-тромбоцитарного гемостаза Рецепторный аппарат тромбоцитов, опосредующий гемостатическую функцию тромбоцитов; Физиологические противосвертывающие механизмы (система первичных и вторичных антикоагулянтов антипротеаз). Фибринолиз Механизмы фибринолиза и их взаимосвязи. Гемостагические средства. Классификация. Антикоагулянты прямого и непрямого действия, антиагреганты и фибринолитические средства. Классификация. Тромбоцитопении и тромбоцитопатии.</p>

**Перечень вопросов для письменных контрольных работ:**

<p><b>Б 1.Б.6.1</b> Раздел 1 «Введение в гематологию.»</p>	<p>Схема кроветворения Воробьева -Черткова. Номенклатура и классификация клеток. Учение о клетке. Деление клетки. Общие вопросы генетики и медицинской генетики. Генетика заболеваний системы крови. Причины и механизмы мутации генов. Понятие об онкогенах. Наследственные изменения хромосом и онкогенез Наследственные заболевания системы крови. Анатомия и физиология органов кроветворной системы. Аутоиммунные заболевания в гематологии. Т- и В-лимфоциты плацдарм специфического иммунитета Строение, функция, этапы развития Т и В-лимфоцитов.. Лейкозы. Острые лимфобластные лейкозы. Острые нелимфобластные лейкозы.</p>
<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Гемабластозы. Анемии.»</p>	<p>Хронический миелолейкоз. Форма хронического миелолейкоза без Ph'-хромосомы. Хронический мегакариоцитарный лейкоз (первичная тромбоцитемия). Множественная миелома. Макроглобулинемия Вальденстрема. Понятие о лимфомах: мантийной зоны, фолликулярной, MALT и др. Железодефицитные анемии. Мегалобластные анемии. Апластические анемии</p>

<p><b>Б 1.Б.6.3</b> Раздел 3 «Физиология и патология системы гемостаза и методы его исследования. Геморрагические диатезы сосудистого генеза»</p>	<p>Система первичного сосудисто-тромбоцитарного гемостаза. Сосудисто-тромбоцитарный гемостаз . Физиологические противосвертывающие механизмы (система первичных и вторичных антикоагулянтов антипротеаз)</p> <p>Гемостатические средства. Классификация.</p> <p>Геморрагические диатезы. Классификация, принципы диагностики.</p> <p>Тромбоцитопатии (наследственные и приобретенные формы) Аспирино-подобная тромбоцитопатия.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Банк ситуационных клинических задач**

<p><b>Б 1.Б.6.2</b> Раздел 2 «Гемобластозы. Анемии»</p>	<p>Задача № 1.(острый лейкоз)</p> <p>Больной 25 лет поступил в терапевтическое отделение стационара с диагнозом: очаговая пневмония. Жалобы при поступлении: повышение температуры до фебрильных цифр в течение десяти дней, боль в горле, стоматит, кровоточивость десен, сильная слабость, снижение аппетита. Болен в течение десяти дней, когда появилась боль в горле, покашливание и повышение температуры. Принимал жаропонижающие, антисептические средства в виде полосканий, обильное питье по назначению участкового врача. Боль в горле значительно уменьшилась, кашель исчез, однако сохранялась повышенная температура, нарастала слабость , появилась кровоточивость десен и стоматит, боли в грудной клетке. Госпитализирован в терапевтическое отделение с подозрением на очаговую пневмонию. При осмотре: больной бледен, пальпируются умеренно увеличенные шейно-надключичные лимфоузлы с обеих сторон, множественные геморрагии на туловище в виде синяков. В зеве гиперемия, отмечаются язвенно-некротические налеты на миндалинах и слизистой ротовой полости, десны разрыхлены , гипертрофированы. В легких выслушивается везикулярное дыхание, в нижних отделах —единичные сухие хрипы. Печень и селезенка не пальпируются. При рентгенографии орг. грудной клетки : очаговых и инфильтративных изменений не обнаружено. В ОАК: Эритроциты-2,4 Т/л, Нв-68 г/л, тромбоциты -35 Г/л, лейкоциты-21 Г/лС-23, лф-7, бластные клетки -70, СОЭ-55 мм/час.</p> <p>Ваш предварительный диагноз</p> <p>Какие исследования необходимо провести для установки окончательного диагноза (предполагаемые результаты)</p> <p>Какую терапию необходимо провести</p> <p>Задача № 2.( В -дефицитная анемия)</p> <p>Больная 70 лет поступила в кардиологическое отделение стационара с диагнозом: стенокардия напряжения 3 функц. класса. Недостаточность кровообращения 2 «А». Жалобы: на слабость, одышку, частые загрудинные боли при малейшем</p>
-------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

физическом напряжении и в покое, снижение аппетита, неуверенную походку, онемение нижних конечностей. При осмотре отмечается выраженная бледность кожи и слизистых с субиктеричным оттенком, язык малиновый, болезненный. Периферические лимфоузлы, печень и селезенка не увеличены. Умеренные отеки голеней и стоп. В анамнезе: атрофический гастрит. На ЭКГ: признаки гипоксии миокарда. Умеренная гипертрофия левого желудочка. В ОАК: Эритроциты-1,4 Т/л, Нв-65г/л, Ц.в. пок.-1,2, ретикулоциты 1%, тромбоциты —98 Г/л, лейкоциты —3,1 Г/л п-2, с-60, м-3, лф-35, выраженный макроцитоз, мегалоцитоз, гиперсегментация нейтрофилов, СОЭ-34 мм/час. В ОАМ: небольшое количество уробилина. Сывороточное железо - в норме. Общий билирубин - 35,6 мкмоль/л, непрямой -35,0 мкмоль/л.

Ваш предварительный диагноз

Какие исследования необходимо провести для установки окончательного диагноза (предполагаемые результаты)

Какую терапию необходимо провести

Задача № 3 (Лимфома Ходжкина).

Больной 34 лет в течении нескольких недель отмечает значительное увеличение шейных и надключичных лимфоузлов справа, повышение температуры до субфебрильных цифр, потливость, кожный зуд. При осмотре по всем органам без особенностей. В ОАК: Эритроциты-4,2 Т/л, Нв-123г/л, лейкоциты-15,6 Г/л п-1, с-82, м-4, лф-13, СОЭ-35 мм/час. Осмотр оториноларинголога-патологии со стороны ЛОР-органов не выявлено. Осмотр хирурга-гноя шейный лимфаденит справа?. Произведена пункция лимфоузла -гноя не получено. При цитологическом исследовании пунктата—гиперплазия лимфоидной ткани, большое количество клеток Березовского — Штернберга .

Предположительный диагноз.

Тактика ведения больного на данном этапе.

Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.

Задача № 4 (Острая апластическая анемия. Лечение, преднизолон, гемотрансфузии, метандростеналон, дизинон, е-АКК, антибиотики).

Больная И., 10 лет. Заболела остро. Появились экхимозы на ногах и резкая слабость. Через неделю больная госпитализирована в ЦРБ, где обнаружена панцитопения. Стерильный пунктат крайне беден ядерными элементами, эритроидный росток чрезвычайно сужен, миелоидный резко угнетен с задержкой созревания на стадии промиелоцитов. Мегакариоциты не обнаружены. Больная в тяжелом состоянии переведена в клинику гематологии. При поступлении обращала на себя внимание выраженная адинамия, бледность кожи и слизистых оболочек, рецидивирующие носовые кровотечения, множественные кровоизлияния на коже, языке, слизистой

оболочке рта. В гемограмме -панцитопения. Эр.  $-1,5 \times 10^{10}/л$ , Л -  $1,7 \times 10^9/л$ , тромбоциты  $-7 \times 10^9/л$ , П. -2, С -11, Л -87, СОЭ -75 мм\ч, ретикулоциты 2%.

Какие исследования необходимы для постановки окончательного диагноза?

Предположительный диагноз

С какими заболеваниями следует проводить дифференциальную диагностику?

План лечения.

Задача № 5 (Пересадка костного мозга).

Больная З., 15 лет, поступила в клинику с диагнозом: приобретенная гипопластическая анемия с давностью заболевания 10 мес. Анализ крови при поступлении: Эр.  $-1,3 \times 10^{10}/л$ , VНБ -33 г\л, Л  $-1,5 \times 10^9/л$ , П. -2, С -12, М -12, СОЭ -90 мм\ч, тромбоциты  $-6,5 \times 10^9/л$ . Проводимое лечение: гормоны (кортикостероидные, анаболические), компонентная гемотрансфузия, витамины группы В, С, симптоматические средства, -привело к незначительному улучшению. Анализ крови: Эр.  $-2,5 \times 10^{10}/л$ , НБ -66 г\л, цв. п. -0,8, Л -2,9 г\л, С -30, Л -60, М -8, П. -2, СОЭ -56 мм\ч. Миелограмма: пустой костный мозг, количество миелокариоцитов 12 г\л, относительный лимфоцитоз..

Ваша дальнейшая тактика.

Задача № 6 (1. Предположительный диагноз: приобретенная апластическая анемия. 2. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с острым лейкозом, при котором также возможно развитие панцитопении вследствие вытеснения опухолевыми клетками нормального кроветворения в костном мозге. 3. В первую очередь необходима к/мозговая пункция для исключения острого лейкоза. При отсутствии бластной метаплазии в аспирате к/мозга, обязательно проведение трепанобиопсии и гистологическое исследование биоптата. Диагноз подтверждает преобладание жировой ткани).

Больная Э., 20 лет обратилась в районную поликлинику по поводу рецидивирующих обильных носовых кровотечений, кровоточивости десен, появления обильной мелкоочечной геморрагической сыпи на ногах, нарастающей слабости. Госпитализирована в ЦРБ. При исследовании гемограммы обнаружена: глубокая анемия, тромбоцитопения, умеренная лейкопения и относительный лимфоцитоз, ускорение СОЭ. Больная в тяжелом состоянии переведена в клинику гематологии. При поступлении обращала на себя внимание выраженная адинамия, бледность кожи и слизистых оболочек, множественные кровоизлияния на туловище и конечностях, языке, слизистой оболочке полости рта.

Предположительный диагноз.

Заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальную диагностику?

Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача № 7 (Диагноз: острый лейкоз. 2. До начала лечения необходимо цитологическое, цитохимическое и цитогенетическое исследование к/мозгового пунктата, иммунофенотипирование бластных клеток для уточнения варианта острого лейкоза. При обнаружении острого лимфобластного и миеломонобластного лейкозов обязательно проведение с/мозговой пункции для исключения нейрорлейкемии.).

Больной Р, 37 лет, обратился в клинику гематологии с направлением поликлиники по м/жительства с диагнозом: анемия неясного генеза. Из анамнеза: месяц назад перенес ОРВИ. Лечился жаропонижающими препаратами и домашними средствами: повышение температуры, боли в горле, недомогание исчезли, больной вышел на работу. Однако при контрольном исследовании гемограммы выявлена анемия и ускорение СОЭ. При объективном осмотре у гематолога: пальпируются шейно-надключичные лимфоузлы с обеих сторон, эластической консистенции, безболезненные, диаметром от 2,5 до 3,0 см, незначительная гепатоспленомегалия. Анализ крови: Эр.  $2,4 \times 10^{12}/л$ , НВ—62 г/л; Тр.  $68,0 \times 10^9/л$ ; Л.  $10,5 \times 10^9/л$ ; С—2, Лф—10, бластные клетки—88, СОЭ—63 мм/час.

Ваш предположительный диагноз?

Какие дополнительные обследования необходимо провести, прежде чем начинать специфическую терапию?

Задача № 8 (Клиника-гематологическая картина свидетельствует в пользу хронического миелоидного лейкоза: нейтрофильный лейкоцитоз с левым сдвигом, эозинофильно-базофильная ассоциация, тромбоцитоз, спленомегалия. Для окончательного подтверждения диагноза необходимо цитогенетическое исследование к/мозга для обнаружения характерной Ph-хромосомы. Дополнительное обследование для исключения возможной неопатологии, приведет к запоздалой диагностике и дальнейшему прогрессированию лейкоза.).

Больной В., 52 лет, обратилась в консультативный гематологический кабинет по направлению районной поликлиники с диагнозом: лейкемоидная реакция неясного генеза. Жалобы на субфебрилитет, небольшую общую слабость, потливость, тяжесть в левом подреберье. Объективные данные: кожа и слизистые обычной окраски, геморрагий нет. Периферические л/узлы, печень не пальпируются. Пальпируется селезенка, выступающая на 3,0–4,0 см из подреберья. ОАК: Эр.  $5,2 \times 10^{12}/л$ , НВ 122 г/л; Тр.  $560,0 \times 10^9/л$ ; Л.  $21,5 \times 10^9/л$ ; Миел-4, Юн-6, П-7, С—54, Эоз-3, Баз-4, мон-6, Л-16, СОЭ—23 мм/час. Врачом гематологом выполнена к/мозговая пункция. В миелограмме: сдвиг влево в нейтрофильном ряду, красный росток сохранен, несколько повышено количество мегакариоцитов. С диагнозом: лейкемоидная реакция по миелоидному типу, пациентка направлена в терапевтический стационар для дообследования и исключения неопластического

процесса.

Согласны ли Вы с выбранной тактикой ведения больной?

Были ли использованы врачом -гематологом все возможности для окончательного исключения системной патологии крови?.

Задача№ 9 (Учитывая данные осмотра у пациента нельзя исключить возможность эритремии. Для подтверждения диагноза необходимо уточнить показатели гемограммы. При обнаружении увеличенного количества эритроцитов и гемоглобина, повышения гематокрита, замедления СОЭ – необходима консультация гематолога с последующим проведением трепанобиопсии подвздошной кости для окончательного подтверждения диагноза.).

Больной 56 лет обратился к кардиологу с жалобами на головную боль, тяжесть и шум в голове, боли в области сердца, кожный зуд после горячего душа. Из анамнеза: в течение 6 лет наблюдается у участкового терапевта по поводу артериальной гипертензии. Гипотензивные препараты принимает не регулярно. Курит с 18 лет. По утрам -кашель с небольшим количеством мокроты. Других вредных привычек не имеет. При осмотре: телосложение гиперстеническое, ожирение 2ст, кожные покровы лица гиперемированы, слизистые яркие, полнокровные, склеры инъецированы. По органам: без особенностей. А/Д 180 и 100 мм.рт.ст..

Какова тактика ведения больного? Есть ли необходимость дальнейшего обследования больного?

Обоснуйте и перечислите дополнительные методы обследования

Задача№ 10 (Диагноз: хронический лимфолейкоз. Для подтверждения диагноза необходима к/мозговая пункция и иммунофенотипирование лимфоцитов. После уточнения диагноза и уточнения степени распространения опухоли–назначение сдерживающей химиотерапии).

Больной А., 62 лет, обратился к участковому врачу с жалобамиувеличение лимфоузлов на шее. При более детальном опросе выявлено увеличение потливости, учащение простудных заболеваний, снижение аппетита. При осмотре обнаружено увеличение шейных, надключичных и подмышечных лимфоузлов размерами от 1,5 до 2.0 см в диаметре, плотно-эластической консистенции, подвижных, безболезненных. Печень и селезенка не увеличены. В гемограмме : Эр. 4,2 x10<sup>12</sup>/л, НВ 122 г /л; Тр.260,0 x10<sup>9</sup>/л; Л. 31,5 x10<sup>9</sup>/л С -19, Л-76, Мон -5, СОЭ —23 мм/час , единичные тени Гумпрехта— Боткина..

Предположительный диагноз.

Врачебная тактика.

Задача№ 11 (Диагноз: множественная миелома. Диагноз предполагается на основании: выраженного оссалгического синдрома на фоне диффузного остеопороза, компрессий позвонков, деструктивных очагов в ребрах, анемии, ускорения

СОЭ и протеинурии. 2. Для подтверждения диагноза необходима к/мозговая пункция и электрофорез сывороточных и мочевых белков. 3. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с Мтсзлокачественного новообразования в кости).

Больная С., 58 лет, больной себя считает около 3-х месяцев, когда появились сильные боли в поясничном отделе позвоночника. Лечилась у невропатолога по поводу остеохондроза поясничного отдела позвоночника НПВС, обезболивающими средствами с незначительным и кратковременным эффектом. Болевой синдром прогрессировал – появились боли в грудной клетке, ребрах. По собственной инициативе обратилась к мануальному терапевту. На фоне проведения терапии отмечено резкое усиление болевого синдрома, в результате чего больная перестала самостоятельно передвигаться. При рентгенографии позвоночника выявлен диффузный остеопороз и компрессионные переломы 6-7-го грудного и 3-го поясничного позвонков. При рентгенографии органов грудной клетки выявлены множественные мелкие деструкции в ребрах. ОАКЭр—2,8 x10<sup>12</sup>/л, Нв—90 г/л, Ц. п.—0,9, тр.—190 x10<sup>9</sup>/л, Л—4,2x10<sup>9</sup>/л, П—2, С—58, Л—42, М—4, Э—2, СОЭ—45 мм/час. В ОАМ: протеинурия 1,0 г/л.

Предположительный диагноз.

Какие дополнительные исследования необходимы для его подтверждения?

Задача 12 (Ухудшение состояния связано, по-видимому, с развитием компрессии спинного мозга. Для уточнения диагноза необходима консультация нейрохирурга и МРТ-диагностика, для определения уровня поражения позвоночника. При подтверждении миелокомпрессии показано проведение локальной лучевой терапии или курса интенсивной химиотерапии.).

Больная 62 лет наблюдается и лечится в клинике гематологии с диагнозом: множественная миелома G<sub>1</sub>, 3 А стадия, в течение 2-х лет. После 6 курсов стандартной ПХТ была достигнута клинико-гематологическая ремиссия: значительное уменьшение болевого синдрома, нормализация показателей гемограммы, отсутствие плазмноклеточной инфильтрации в к/мозге, снижение уровня патологического протеина в сыворотке крови. В последующем больная получала поддерживающее лечение а/резорбтивными препаратами и курсы ПХТ 1 раз в 3 месяца. Последние 2 недели состояние больной ухудшилось: усилились боли в области позвоночника, появилась слабость и онемение в нижних конечностях. Больная перестала ходить..

С чем связано ухудшение состояния пациентки?

Дальнейшая тактика ведения больной?

Задача 13 (Диагноз: Вторичный абсолютный эритроцитоз. Вторичная коагулопатия. Эритроцитоз компенсаторный, развился на фоне тяжелого врожденного порока сердца и обусловлен выраженной тканевой гипоксией. Кровотечение год назад, скорее всего, возникло из варикозно расширенных вен



пищевода на фоне вторичного портального цирроза печени. Кроме того, выраженный эритроцитоз приводит к сгущению крови, нарушению ее реологических свойств и повышению кровоточивости. Учитывая длительный прием антиагрегантов, не исключена возможность лекарственного нарушения функции тромбоцитов. Необходима отмена всех антиагрегантных препаратов и уточнение функциональной способности тромбоцитов в динамике с промежутком в 1-2 мес. Перед оперативным вмешательством провести несколько заменных кровопусканий или сеансов эритроцитозфереза до снижения НСТ (не более 45-50%). При появлении повышенной кровоточивости во время оперативного вмешательства – трансфузии СЗП и антифибринолитические средства.)

Пациентка 27 лет поступила в урологическое отделение с диагнозом: паранефральная гематома справа. Жалобы при поступлении: чувство тяжести и боли в поясничной области, затруднение мочеиспускания. Из анамнеза: наблюдается с детства с врожденным комбинированным пороком сердца (дефект межжелудочковой перегородки и комбинированный митральный порок). Год назад – эпизод обильного кровотечения из верхних отделов ЖКТ. В течение многих лет принимает тромбо-асс. При осмотре: кожные покровы синюшные, цианоз губ, пальцы на руках в виде «барабанных палочек», одышка в покое, значительное увеличение в размерах живота, печень выступает на 6,0 см из-под реберной дуги, селезенка не пальпируется. Асцит. При УЗИ почек выявлено увеличение обеих почек в размерах (больше справа), в правой почке визуализируется несколько подкапсульных жидкостных образований (кисты? гематомы?). В паранефральной клетчатке справа жидкость, предположительно кровь, сдавливающая почку. ОАК: Эр.  $6,2 \times 10^{12}/л$ , НВ 210 г/л; НСТ 62% Тр.  $100,0 \times 10^9/л$ ; Л.  $7,5 \times 10^9/л$ ; П-7, С—64, мон-6, Л-23, СОЭ —13 мм/час. В коагулограмме: повышение АЧТВ до 62 сек. Учитывая показатели гемограммы, у пациентки заподозрена эритремия. Оперативное вмешательство отложено. Вызван на консультацию гематолог.

Ваш диагноз?

Объясните выявленные изменения в гемограмме и причину геморрагических проявлений.

Обоснуйте дальнейшую тактику ведения больной..

## 2. Фонд оценочных средств по дисциплине «Онкология»

### Банк тестовых заданий (с ответами):

1. Базалиома относится к:
  1. доброкачественным опухолям
  2. **злокачественным опухолям**
  3. предраковым заболеваниям
  4. дистрофическим процессам
  
2. Наиболее опасна ультрафиолетовая инсоляция для малигнизации заболевания:
  1. Экзема
  2. Фотодерматит
  3. **Пигментная ксеродерма**
  4. Витилиго
  
3. Особенности herpes zoster у больных со злокачественными опухолями являются:
  1. Склонность к ранней диссеминации
  2. Тенденция к слиянию первичных элементов с вторичным инфицированием
  3. Атипичная локализация (по ходу межреберных промежутков)
  4. **Правильно все перечисленное**
  
4. К предраковым заболеваниям толстой кишки относятся:
  1. Семейный полипоз
  2. Неспецифический язвенный колит
  3. Ворсинчатая аденома
  4. **Все ответы верны**
  
5. Риск возникновения рака легкого по мере увеличения возраста обследуемых пациентов значительно возрастает:
  1. **У мужчин**
  2. У женщин
  3. У мужчин и у женщин
  4. Риск возникновения рака легкого не связан с возрастом
  
6. Какими морфологическими признаками характеризуется предраковое состояние слизистой оболочки желудка:
  1. Наличием атипичных клеток
  2. Тяжелой степенью дисплазии эпителиальных клеток
  3. Наличием морфологических признаков хронического воспаления
  4. **Наличием кишечной метаплазии очагового характера**
  
7. Для включения пациента в группу повышенного риска развития рака желудка необходимо наличие:

1. Клинически доказанных фоновых заболеваний
2. Атипических клеток при морфологическом исследовании слизистой желудка
3. **Сочетание фоновых патологических процессов в желудке с тяжелой степенью дисплазии эпителиальных клеток**
4. Сочетание фоновых патологических процессов в желудке с легкой и средней степенью дисплазии эпителиальных клеток

8. Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы:

1. Узловую
2. Диффузную
3. Экземоподобные изменения ареола и соска

**4. Все ответы верные**

9. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом является:

1. Маммография
2. **Пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата**
3. Термография
4. Ультразвуковое исследование

10. Рак желудка наиболее часто возникает в возрасте:

- А). От 21 до 50 лет
- Б). От 51 до 70 лет
- В). Старше 70 лет**
- Г). Частота одинакова во всех группах
- Д). Старше 80 лет

11. Уровень заболеваемости раком желудка у мужчин:

- А). Выше, чем у женщин в 5 раз
- Б). Выше, чем у женщин в 2 раза**
- В). Ниже, чем у женщин
- Г). Одинаков у мужчин и женщин
- Д). Правильного ответа нет

12. При каком способе сохранения продуктов не увеличивается содержание нитрозаминов и их предшественников в пище?

- А). Солении
- Б). Копчении
- В). Замораживании**
- Г). Консервировании
- Д). Правильный ответ Б) и Г)

13. Характер питания играет решающую роль в возникновении:

- А). Диффузного рака желудка
- Б). Интестинального рака желудка**
- В). Любых форм рака желудка
- Г). Роли не играет
- Д). Правильный ответ все, кроме В) и Г)

14. Для возникновения рака желудка не имеет значения:

- А). Избыточное употребление поваренной соли
- Б). Количество потребляемой клетчатки**
- В). Инфицирование желудка бактериальной флорой
- Г). Особенности кулинарной обработки пищи
- Д). Возраст

15. Предраковое заболевание желудка с резким утолщением складок слизистой оболочки и усиленным образованием слизи, называется:

- А). Болезнь Менетрие**
- Б). Болезнь Педжета
- В). Эритроплазия Кейра
- Г). Болезнь Гиршпрунга
- Д). Пищевод Барретта

16. Не являются предраком желудка:

- А). Хронический атрофический гастрит
- Б). Язвенная болезнь желудка
- В). Гиперпластические полипы**
- Г). Аденоматозные полипы
- Д). Пернициозная анемия

17. Из перечисленных гистологических форм для рака желудка наиболее характерной является:

- А). Мелкоклеточный рак
- Б). Аденокарцинома**
- В). Плоскоклеточный рак
- Г). Карциноид
- Д). Светлоклеточный рак

18. Ранним раком желудка называют:

- А). Опухоль размерами менее 3 см
- Б). Рак in situ
- В). Опухоль размерами менее 5 см
- Г). Любых размеров рак, поражающий только слизистую оболочку и подслизистый слой**
- Д). Опухоль размерами менее 7,5 см

19. Наиболее часто рак желудка поражает:

- А). Кардиальный отдел
- Б). Антральный отдел**
- В). Тело желудка
- Г). Весь желудок
- Д). Большую кривизну желудка

20. Рак желудка чаще всего метастазирует в:

- А). Легкие
- Б). Кости
- В). Печень**
- Г). Надключичные лимфатические узлы
- Д). Мозг

21. Рак желудка диаметром 4 см, прорастающий мышечный слой, с единичным метастазом в малом сальнике относится к стадии:

- А). 2А
- Б). 2Б**
- В). 3А
- Г). 3Б
- Д). 4

22. Рак желудка диаметром 4 см, прорастающий мышечный слой, без регионарных метастазов по системе TNM обозначается:

- А). T1N1M0
- Б). T1N0M0
- В). T2N1M0
- Г). T2N0M0**
- Д). T3N0M0

23. Какими симптомами может проявляться рак дна желудка без перехода на пищевод:

- А). Чувство переполнения, шум плеска
- Б). Боль в области сердца, напоминающая стенокардию**
- В). Рвота пищей, съеденной накануне
- Г). Запорами
- Д). Дисфагия

24. Наиболее раннее распознавание рака желудка обеспечивает:

- А). Гастроскопия**
- Б). Поиск синдрома "малых признаков"
- В). Обзорная рентгенография органов брюшной полости
- Г). Лапароскопия
- Д). Гастрография

25. Кто чаще заболевает раком ободочной кишки?

- А). Мужчины
- Б). Женщины**
- В). Дети
- Г). Одинаково часто мужчины и женщины
- Д). Взрослые до 30 лет

26. Основным фактором, способствующим возникновению рака ободочной кишки является:

- А). Ионизирующая радиация
- Б). Курение
- В). Состав пищевых продуктов**
- Г). Злоупотребление алкоголем
- Д). Ожирение

27. Какие факторы из перечисленных способствуют возникновению рака ободочной кишки?

- 1). Пища, богатая жирами
- 2). Острая пища
- 3). Горячая пища
- 4). Мясная пища

- 5). Пища с большим количеством грубой клетчатки
- 6). Кисломолочные продукты
- 7). Очищенные углеводы

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 3,4,5
- В). 1,4,7**
- Г). 2,3,6
- Д). Все ответы верны

28. К группе повышенного риска рака ободочной кишки не относят лиц, страдающих:

- А). Неспецифическим язвенным колитом
- Б). Гранулематозным колитом (болезнь Крона)
- В). Аденоматозными полипами
- Г). Гиперпластическими полипами**
- Д). Семейным диффузным полипозом

29. Облигатным предраком ободочной кишки является:

- А). Аденоматозные полипы
- Б). Диффузный семейный полипоз**
- В). Гиперпластические полипы
- Г). Неспецифический язвенный колит
- Д). Болезнь Крона

30. Какой из отделов ободочной кишки наиболее часто поражается раком?

- А). Слепая кишка
- Б). Восходящая ободочная кишка
- В). Поперечная ободочная кишка
- Г). Нисходящая ободочная кишки
- Д). Сигмовидная кишка**

31. Наиболее частой гистологической формой рака ободочной кишки является:

- А). Аденокарцинома**
- Б). Солидный рак
- В). Недифференцированный рак
- Г). Плоскоклеточный рак
- Д). Правильного ответа нет

32. Наибольшую склонность к малигнизации имеют полипы толстой кишки:

- А). Гиперпластические
- Б). Аденоматозные
- В). Ворсинчатые**
- Г). Индекс малигнизации одинаков во всех случаях
- Д). Правильного ответа нет

33. Экзофитный тип роста характерен больше для:

- А). Слепой и восходящей ободочной кишки**

- Б). Поперечной ободочной кишки
- В). Нисходящей ободочной кишки
- Г). Сигмовидной кишки
- Д). Правильного ответа нет

34. Эндофитный тип роста опухоли более характерен для опухолей:

- А).левой половины толстой кишки**
- Б). Правой половины толстой кишки
- В). Слепой кишки
- Г). Одинаково часто встречается во всех отделах
- Д). Правильного ответа нет

35. Рак ободочной кишки чаще метастазирует в:

- А). Кости
- Б). Головной мозг
- В). Поджелудочную железу
- Г). Печень**
- Д). Легкие

36. Токсико-анемическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли:

- А). В слепой и восходящей кишке**
- Б). В поперечной ободочной кишке
- В). В нисходящей ободочной кишке
- Г). В сигмовидной кишке
- Д). В печёночном углу

37. Кишечная непроходимость как осложнение рака ободочной кишки чаще наблюдается при локализации опухоли:

- А). В восходящем отделе
- Б). В поперечном отделе
- В). В нисходящем отделе**
- Г). Частота кишечной непроходимости не зависит от локализации опухоли
- Д). Зависит от возраста больного

38. Какие симптомы нехарактерны для рака слепой кишки:

- А). Запоры
- Б). Боли в животе
- В). Анемия
- Г). Непроходимость кишечника
- Д). Правильно А) и Г)**

39. Какие симптомы наиболее характерны для рака левой половины ободочной кишки:

- 1). Запоры
- 2). Примесь крови в каловых массах
- 3). Отрыжка, изжога
- 4). Слабость, похудание, потеря аппетита
- 5). Обтурационная кишечная непроходимость
- 6). Анемия

Правильные ответы:

- А). 1,3,4
- Б). 2,4,6
- В). 3,4,6
- Г). 1,2,5**
- Д). Все характерно в одинаковой степени

40. Больной 65 лет жалуется на тупую боль в правой подвздошной области, субфебрилитет. Болен два месяца, острого начала не было. В правой подвздошной области плотное образование до 6 см в диаметре, с нечеткими контурами, ограничено в подвижности, малоблезненное. При ирригрографии на латеральной стенке слепой кишки дефект наполнения с депо бария в центре. Ваш диагноз?

- А). Полип слепой кишки
- Б). Аппендикулярный инфильтрат
- В). Ворсинчатая опухоль слепой кишки
- Г). Рак слепой кишки**
- Д). Киста забрюшинного пространства

41. Какой из указанных способов диагностики наиболее информативен для распознавания рака ободочной кишки:

- А). Лапароскопия
- Б). Селективная ангиография
- В). Ректороманоскопия
- Г). Колоноскопия**
- Д). Ирриграфия

42. Выбор метода хирургического лечения рака ободочной кишки не зависит от:

- А). Локализации опухоли
- Б). Наличия осложнения или их отсутствия
- В). Общего состояния больного
- Г). Наличия метастазов
- Д). Гистологического строения**

43. Радикальное лечение рака слепой кишки заключается:

- А). В резекции купола кишки с опухолью
- Б). Резекции слепой кишки и части восходящего отдела
- В). Клиновидном иссечении стенки кишки с опухолью
- Г). В правосторонней гемиколэктомии**
- Д). Наложении обходного илеотрансверзоанастомоза

44. Какой тип кишечной непроходимости характерен для рака толстой кишки?

- А). Обтурационная**
- Б). Странгуляционная
- В). Смешанная
- Г). Характерного типа нет.
- Д). Правильного ответа нет



45. Опухоли прямой кишки чаще локализуются в:

- А). Промежностном отделе
- Б). Ампулярном отделе**
- В). Ректосигмоидном отделе
- Г). Одинаково часто во всех отделах
- Д). Правильного ответа нет

46. Метастазы в паховые лимфатические узлы встречаются при раке:

- А). Анального отдела**
- Б). Ампулярного отдела
- В). Ректосигмоидного отдела
- Г). Всех отделов
- Д). Не встречаются

47. Рак прямой кишки чаще всего метастазирует в:

- А). Кости
- Б). Головной мозг
- В). Поджелудочную железу
- Г). Печень**
- Д). Легкие

48. Риск возникновения рака прямой кишки уменьшается при употреблении:

- 1). Пищи богатой растительной клетчаткой
- 2). Пищи богатой животными жирами
- 3). Сухого вина
- 4). Пищи богатой витаминами
- 5). Мясных продуктов

Правильные ответы:

- А). Все ответы правильные
- Б). 1,2,4
- В). 3,4,5
- Г). 1,4**
- Д). 1,3,5

49. Перерождению (малигнизации) из всех доброкачественных опухолей прямой кишки чаще всего подвергаются:

- А). Лейомиомы
- Б). Ворсинчатые полипы**
- В). Гиперпластические полипы
- Г). Железистые полипы
- Д). Ювенильные полипы

50. При ампулярной локализации рака прямой кишки опухоль может пенетрировать (прорасти) в:

- 1). Сигмовидную кишку
- 2). Слепую кишку
- 3). Мочевой пузырь
- 4). Влагалище
- 5). Предстательную железу
- 6). Крестец

## 7). Мочеточники

Правильные ответы:

- А). 1,3,4
- Б). 2,5,6
- В). 3,4,7
- Г). 4,5,6
- Д). 3,5,6

51. Основным фактором, способствующим возникновению рака прямой кишки является:

- А). Ионизирующая радиация
- Б). Курение
- В). Характер питания**
- Г). Злоупотребление алкоголем
- Д). Ожирение

52. Риск развития рака прямой кишки повышается при диете с высоким содержанием:

- А). Жиров**
- Б). Грубой растительной клетчатки, плохо переваривающейся в кишечнике
- В). Овощей и фруктов
- Г). От диеты не зависит
- Д). Углеводов

53. Риск развития рака прямой кишки снижается при диете богатой:

- 1). Жирами
- 2). Грубой растительной клетчаткой, плохо переваривающейся в кишечнике
- 3). Белками
- 4). Очищенными углеводами
- 5). Овощами и фруктами с высоким содержанием витаминов А и С

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 2,3,4
- В). 3,4,5
- Г). 1,3,4
- Д). 2,5**

54. Наиболее частой гистологической формой рака прямой кишки является:

- А). Аденокарцинома**
- Б). Солидный рак
- В). Слизистый рак
- Г). Плоскоклеточный рак
- Д). Недифференцированный рак

55. Наиболее характерным симптомом рака прямой кишки является:

- А). Запор
- Б). Слизь в каловых массах

**В). Кровь в каловых массах**

- Г). Слабость, похудание, снижение аппетита
- Д). Боль при дефекации

56. Сигналами тревоги при раке прямой кишки являются:

- 1). Чувство неполного опорожнения прямой кишки после акта дефекации
- 2). Наличие слизи в кале
- 3). Примесь крови в кале
- 4). Примесь крови в сочетании со жгучей болью при акте дефекации
- 5). Частый жидкий стул непереваренными кишечными массами
- 6). Чередование запоров и поносов с болями внизу живота перед актом дефекации

Правильные ответы:

- А). 1,3,6**
- Б). 2,4,5
- В). 1,2,4
- Г). 2,5
- Д). 1,6

57. Большинство доброкачественных центральных опухолей легких составляют:

- А). Аденомы бронха**
- Б). Папилломы бронха
- В). Сосудистые опухоли
- Г). Тератомы
- Д). Кистомы

58. Большинство периферических доброкачественных опухолей легких составляют:

- А). Фибромы
- Б). Тератомы
- В). Гамартомы**
- Г). Кистомы
- Д). Аденомы

59. К лицам, составляющим группу повышенного риска заболеть раком легкого, относятся:

- А). Длительно и много курящие
- Б). Больные хроническим бронхитом
- В). Имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем (и их соединениями)
- Г). Все ответы верные**
- Д). Правильные ответы А) и Б)

60. На долю центрального рака легких приходится:

- А). 20-30%
- Б). 40-50%
- В). 60-70%**
- Г). 80% и более
- Д). Нет правильного

61. Рак легкого по гистологической структуре чаще бывает:

- 1). Плоскоклеточным
- 2). Солидным
- 3). Слизистым
- 4). Мелкоклеточным
- 5). Перстневидно-клеточным
- 6). Железистым

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 2,3,4
- В). 3,4,5
- Г). 1,5
- Д). **1,4,6**

62. К периферическим формам рака легкого относятся:

- 1). Округлая опухоль
- 2). Опухоль Вильмса
- 3). Рак Пенкоста
- 4). Рак Педжета
- 5). Мезотелиома
- 6). Пневмониеподобный рак

Правильные ответы:

- А). 1,2
- Б). 3,4
- В). 5,6
- Г). 2,4,5
- Д). **1,3,6**

63. У мужчин, больных центральным раком легкого, преобладает:

- А). **Плоскоклеточный рак**
- Б). Железистый рак
- В). Мелкоклеточный рак
- Г). Крупноклеточный рак
- Д). Недифференцированный рак

64. При раке легкого наиболее часто метастазами поражаются следующие группы лимфатических узлов:

- А) **Внутригрудные**
- Б) Подмышечные
- В) Забрюшинные
- Г) Паховые
- Д) Абдоминальные

65. Рак легкого метастазирует в:

- А). Печень
- Б). Кости
- В). Головной мозг
- Г). **Все ответы верные**

Д). Правильного ответа нет

66. Наиболее типичными ранними симптомами центрального рака легкого являются:

- 1). Кашель
- 2). Одышка
- 3). Боли за грудиной
- 4). Кровохарканье
- 5). Осиплость голоса
- 6). Дисфагия

Правильные ответы:

А). Все ответы правильные

**Б). 1,3,4**

В). Правильно все, кроме 2,6

Г). Правильно все, кроме 6

Д). 2,5,6

67. При периферическом раке легкого в отличие от центрального, заболевание:

- 1). Длительное время протекает бессимптомно
- 2). Сопровождается выраженной клинической симптоматикой уже на начальной стадии
- 3). Симптомы кашля и кровохарканья являются ранними
- 4). Кашель и кровохарканье появляются поздно

Правильные ответы:

А). 1,3

Б). 2,3

**В). 1,4**

Г). 2,4

Д). 1,2

68. К неврологическим симптомам, обусловленным вовлечением в опухолевый процесс элементов плечевого сплетения при раке верхушки легкого, относятся:

- А). Слабость мышц кисти
- Б). Расстройства чувствительности участков кисти и предплечья
- В). Синдром Горнера
- Г). Все ответы верные**
- Д). Правильного ответа нет

69. Наличие эндобронхиальной опухоли, полностью обтурирующей долевой или главный бронх, вызывает смещение средостения:

- А). В здоровую сторону
- Б). В больную сторону**
- В). Смещения средостения не выявляется
- Г). Зависит от размера опухоли
- Д). Правильного ответа нет

70. При раке легкого рентгеновская компьютерная томография позволяет:

- А). Определить размеры опухоли
- Б). Точно локализовать опухоль
- В). Определить отношение к грудной стенке, позвоночнику и средостению
- Г). Получить информацию о размерах лимфатических узлов средостения и корней легких
- Д). Все ответы верные**

71. Наиболее эффективным методом лечения рака легкого является:

- А). Хирургический**
- Б). Лучевой
- В). Химиотерапевтический
- Г). Иммунотерапия
- Д). Плазмаферез

72. Хирургический метод лечения рака легкого необходимо применять у больных:

- А). У которых отсутствуют противопоказания к данному методу лечения**
- Б). Которым противопоказано лучевое лечение
- В). Имеющих противопоказания к химиотерапии
- Г). Имеющих осложненное течение рака легкого (обструктивная пневмония, распад опухоли, опухолевый плеврит)
- Д). Правильно В) и Г)

73. Основными видами хирургического вмешательства при раке легкого являются:

- А). Лобэктомия (билобэктомия), пульмонэктомия
- Б). Сегментэктомия
- В). Клиновидная или краевая резекция легкого
- Г). Правильные ответы А) и Б)**
- Д). Все ответы верные

74. Адьювантная химиотерапия наиболее целесообразна:

- А). При плоскоклеточном раке легкого
- Б). При аденокарциноме легкого
- В). При мелкоклеточном раке легкого**
- Г). Показана при всех формах
- Д). Не доказана

75. При мелкоклеточном раке легкого используются следующие методы лечения:

- А). Химиотерапия
- Б). Иммунотерапия
- В). Гормонотерапия
- Г). Лучевая терапия
- Д). Верны ответы А), Б), Г)**

76. Наибольшая радиочувствительность характерна:

- А). Для аденокарциномы легкого
- Б). Для эпидермоидного рака
- В). Для мелкоклеточного рака легкого**

- Г). Для бронхиоло-альвеолярного рака
- Д). Рака Пэнкоста

77. При мелкоклеточном раке легкого лучевую наиболее часто применяют:

- А). Как самостоятельный метод
- Б). В комбинации с хирургическим
- В). В сочетании с химиотерапией**
- Г). В сочетании с иммунотерапией и гормонотерапией
- Д). Правильный ответ Б) и Г)

78. К факультативным предракам кожи относят:

- А). Кожный рог
- Б). Лейкоплакию
- В). Старческую кератому
- Г). Гемангиому
- Д). Правильно А), Б), В)**

79. К облигатным предракам кожи относят:

- 1). Болезнь Боуэна
- 2). Болезнь Педжета
- 3). Кератопапиллому
- 4). Трофические язвы
- 5). Эритроплакию Кейра
- 6). Внутридермальный пигментный невус

Правильные ответы:

- А). 1, 2, 3
- Б). 4, 5, 6
- В). 1, 2, 5**
- Г). 3, 4, 6
- Д). 1, 5, 6

80. К гистологическим вариантам рака кожи относят:

- А). Базальноклеточный рак
- Б). Мелкоклеточный рак
- В). Плоскоклеточный рак
- Г). Светлоклеточный рак
- Д). Правильно А) и В)**

81. Базальноклеточный рак кожи составляет:

- А). 20%
- Б). 40%
- В). 70%**
- Г). 90%
- Д). 95 %

82. Частота локализации базалиомы на коже лица составляет:

- А). 50-55%
- Б). 60-70%
- В). 94-97%**
- Г). На коже лица встречается редко

Д). 40%

83. Плоскоклеточный рак кожи наиболее часто развивается:

- А). На фоне хронических заболеваний кожи**
- Б). На здоровой коже (de novo)
- В). С одинаковой частотой и в том, и в другом случае
- Г). На фоне меланомы
- Д). В местах рубцовых изменений кожи

84. К внутриэпидермальному раку cancer in situ относится:

- А). Болезнь Боуэна
- Б). Базалиома
- В). Эритроплазия Кейра
- Г). Папилломатозный внутридермальный невус
- Д). Правильные ответы А) и В)**

85. Базальноклеточный рак кожи чаще метастазирует:

- А). В лимфоузлы
- Б). В печень
- В). В легкие
- Г). В почки
- Д) Не дает метастазов**

86. Частота регионарного метастазирования при плоскоклеточном раке кожи составляет:

- А). 2-2,5 %**
- Б). 4-5 %
- В). 6-10 %
- Г). 11-15 %
- Д). 20- 25%

87. Отдаленные метастазы плоскоклеточного рака кожи в первую очередь поражают:

- А). Легкие
- Б). Головной мозг
- В). Кости
- Г). Печень
- Д) Правильные ответы А) и В)**

88. Рак кожи может иметь все перечисленные виды, кроме:

- А). Быстрорастущего плотного бугристого узла**
- Б). Язвы с плотными вывороченными краями
- В). Разрастаний типа цветной капусты с мягкой влажной поверхностью
- Г). Разрастаний типа цветной капусты с гиперкератотическими наслоениями
- Д). Ограниченного очага типа нумулярной экземы

89. Самыми информативными методами при постановке диагноза рака кожи являются:

- А). Цитологическое исследование мазков



- Б). Выявление клинико-анамнестических симптомов
- В). Гистологическое исследование биоптатов**
- Г). Радиоизотопное исследование с P32
- Д). Все из перечисленного

90. У больной 62 лет базалиома кожи правой лопаточной области диаметром 1,5 см. Ей целесообразно:

- А). Хирургическое удаление
- Б). Криогенная деструкция
- В). Лазерное воздействие
- Г). Близкофокусная рентгенотерапия
- Д). Все методы применимы**

91. У больного 67 лет рак кожи ягодичной области III стадии с подвижными метастазами в паховые лимфатические узлы. Ему целесообразно:

- А). Дистанционная гамматерапия (самостоятельный курс)
- Б). Хирургическое лечение с лимфаденэктомией
- В). Комбинированное лечение (предоперационная гамматерапия + операция иссечение опухоли + лимфаденэктомия)**
- Г). Близкофокусная терапия на опухоль + лимфаденэктомия
- Д). Правильно А) и В)

92. К меланомо-неопасным невусам относят:

- А). Синий (голубой) невус
- Б). Внутридермальный невус**
- В). Пограничный пигментный невус
- Г). Гигантский пигментный невус
- Д). Все ответы верны

93. Из ниже перечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому:

- А). Меланоз Дюбрея
- Б). Папилломатозный невус
- В). Невус Оста
- Г). Пигментная ксеродерма
- Д). Правильно А) и В)**

94. Трансформация пигментного невуса в злокачественную меланому может проявляться:

- А). Неравномерной зоной гиперемии вокруг невуса
- Б). Увеличением или неравномерностью пигментации
- В). Увеличением или неравномерностью плотности
- Г). Изъязвлением, кровоточивостью, увеличением размеров
- Д). Всем перечисленным**

95. Ведущим методом лечения меланомы кожи является:

- А). Хирургический**
- Б). Лучевая терапия
- В). Электрокоагуляция
- Г). Комбинированный
- Д). Все ответы верны

96. Худший прогноз при локализации меланомы на коже:

- А). Головы
- Б). Верхних конечностей
- В). Туловища
- Г). Нижних конечностей**
- Д). Органов половой зоны

97. Наиболее часто меланомы располагаются на:

- А). Лице, голове, шее
- Б). Туловище**
- В). Верхних конечностях
- Г). Нижних конечностях.
- Д). Уши

98. В качестве факультативного предрака молочной железы наиболее опасны:

- А). Болезнь Минца
- Б). Узловая форма мастопатии
- В). Цистаденома
- Г). Все перечисленное**
- Д). Ничего из перечисленного

99. Наиболее часто встречающейся клинической формой рака молочной железы является:

- А). Маститоподобная
- Б). Панцирная
- В). Рожеподобная
- Г). Рак Педжета
- Д). Узловая**

100. Отдаленными метастазами (M1) при раке молочной железы являются метастазы в:

- 1). Легкие
- 2). Печень
- 3). Загрудинные лимфоузлы
- 4). Надключичные лимфоузлы
- 5). Кости

Правильные ответы:

- А). 1,2,3
- Б). 2,3,4
- В). 2,4,5
- Г). 1,4,5
- Д). Правильно В) и Г)**

101. Для рака молочной железы не характерны метастазы в:

- А). Легкие
- Б). Печень
- В). Мозг
- Г). Пупок**

Д). Кости

102. В молочной железе «болезнь Педжета» относится к:

- А). Узловой мастопатии
- Б). Внутрипротоковой папилломе
- В). Раку кожи
- Г). Узловой форме рака
- Д). Внутрипротоковому раку**

103. При I-IIa стадии рака молочной железы с локализацией в наружных квадрантах у женщин старше 55 лет целесообразно проводить:

- А). Мастэктомия по Холстеду + химиотерапию
- Б). Дооперационную лучевую терапию + мастэктомия по Пейти
- В). Мастэктомия по Маддену
- Г). Мастэктомия + послеоперационную лучевую терапию**
- Д). Верно А) и Г)

104. У больной 65 лет через 3 года после радикального лечения первичного РМЖ, выявлен метастаз в первый поясничный позвонок. Наиболее целесообразно применить:

- А). Эндокринную терапию
- Б). Лучевую терапию на поясничный отдел позвоночника
- В). Химиотерапию тиофосамидами
- Г). Правильные ответы А) и Б)**
- Д). Все ответы правильные

#### **Перечень вопросов для промежуточной аттестации по дисциплине «Онкология»**

1. Больная М., 60 лет, около

- 1. Теории канцерогенеза.
- 2. Факторы риска развития опухолей.
- 3. Механизмы действия ионизирующих излучений на клетки.
- 4. Формы роста злокачественных опухолей.
- 5. Стадии рака по TNM.
- 6. Общие клинические проявления при онкологических процессах.
- 7. Основные методы лечения злокачественных новообразований.
- 8. Боль и обезболивание при раке.
- 9. Патогенетическое лечение. Основы таргетной терапии.
- 10. Лабораторные методы диагностики опухолей.
- 12. Рентгенологические методы в диагностике опухолей.
- 11. Наследственные формы рака: рак молочной железы и яичников.

#### **Типовые ситуационные задачи для промежуточной аттестации по дисциплине «Онкология»**

1. Больная М., 60 лет, около 5 месяцев отмечает субфебрилитет, нарастающую слабость, анорексию, тупые боли в животе ближе к правому подреберью и в правой половине поясницы, неустойчивый стул со слизью и кровью. При рентгеноскопии желудка патологии нет. При ректороманоскопии - в прямой и сигмовидной кишке комочки слизи. Объективно: повышенного питания, кожные

покровы бледные, пульс - 78 ударов в минуту, АД = 150/90 мм рт. ст. Живот несколько вздут в мезогастрии. Отмечается болезненность по правому фланку, печень по краю реберной дуги.

**Ваш предварительный диагноз? Какие дополнительные исследования показаны в данном случае.**

**Ответ:** у больной подозрение на опухоль правой половины ободочной кишки. Для установления диагноза показано ирригоскопия, фиброколоноскопия, УЗИ, КТ, сканирование печени, Лапароскопия

2. Больная М., 60 лет, обратилась к участковому терапевту с жалобами на чувство «царапанья» за грудиной при проглатывании грубой пищи, обильное слюнотечение, общую слабость, недомогание. Пациентка не взвешивалась, но по одежде отмечает, что значительно похудела. Больна около 3 месяцев. При осмотре патологических отклонений не установлено.

**О каком заболевании в первую очередь следует думать? Какие обследования необходимо выполнить для подтверждения предполагаемого диагноза?**

**Ответ:** У больной, по всей видимости рак пищевода, на что указывают симптомы заболевания: жалобами на чувство «царапанья» за грудиной при проглатывании грубой пищи, обильное слюнотечение, общую слабость, недомогание, а также потеря веса. Больной показана эзофагография, а затем эзофагоскопия с биопсией, при которых диагноз может быть подтвержден биопсией после эзовагоскопии. В дальнейшем будет определена тактика лечения.

3. Больной Б., 55 лет, жалуется на охриплость голоса в течение 2-х лет. Охриплость появилась после операции левосторонней пульмонэктомии, медиастинотомии, лимфаденэктомии по поводу низкодифференцированного плоскоклеточного рака. В медиастинальных лимфоузлах и лимфоузлах корня легкого при гистологическом исследовании обнаружены метастазы рака. После операции больной подвергался химиолучевой терапии.

**Чем обусловлены жалобы больного? Адекватный ли применялся метод лечения?**

**Ответ:** больному с третьей стадией рака легкого проведено комплексное лечение. Выбран оптимальный вариант лечения. Охриплость голоса вызвана травматическим повреждением возвратного нерва во время медиастинотомии, лимфаденэктомии слева.

4. Больной П., 59лет, поступил с жалобами на затруднение прохождения пищи по пищеводу, особенно грубой. Появляются боли в области мечевидного отростка. При рентгенологическом исследовании обнаружено сужение просвета абдоминальной части пищевода, и дефект наполнения в области кардиальной части желудка. При эзофагоскопии установлено резкое сужение просвета пищевода опухолью, гистологическое заключение - аденокарцинома.

**Сформулируйте диагноз. Какова дальнейшая тактика хирурга?**

**Ответ:** у больного кардиоэзофагальный рак. Гистологическое исследование указывает, что опухоль с желудка распространилась на пищевод. Для исключения метастазов показано УЗИ, КТ,

лапароскопия. Больному показана проксимальная резекция желудка с лимфоузлами с последующим наложением внутриплевральным анастомозом (операция Гарлока или Льюиса)

5. Больной Е., 68 лет, находится в клинике нейрохирургии по поводу травматического плексита справа (10 лет назад перелом правой ключицы, повреждение плечевого сплетения). В настоящее время беспокоят резкие боли в правой руке, не купирующиеся анальгетиками. При осмотре обнаружена: атрофия мышц правой кисти, предплечья, ограничение подвижности в правом плечевом суставе. В правой надключичной области между ножками кивательной мышцы пальпируется плотный 2,0 x 1,5см лимфоузел. Над легкими дыхание везикулярное. На рентгенограммах органов грудной клетки имеется однородное гомогенное затемнение правого верхнего легочного поля. На боковой рентгенограмме эти изменения локализуются в верхушечном и переднем сегментах.

**Каков Ваш диагноз? Лечебная тактика?**

**Ответ:** у пациента рак верхней доли правого легкого (опухоль Пенкоста) с явлениями вторичной плексалгии и метастазами в надключичную область. Необходима биопсия надключичного узла для уточнения распространенности процесса. После подтверждения диагноза рекомендуется лучевая терапия по паллиативной программе.

6. Больной Ш. 51 год, длительно беспокоит сухой кашель, на который он не обращает внимания, связывая его с курением. Курит в течение 30 лет по 1,5-2 пачки в сутки; работает 25 лет газосварщиком. При оформлении санаторно курортной карты прошел флюорографию легких. На флюорограмме справа в S8 обнаружена тень круглой формы с бугристым четким контуром.

**Ваш предварительный диагноз? Дальнейшая тактика?**

**Ответ:** учитывая данные анамнеза и наличие на флюорограмме изменений, у больного, скорее всего, периферический рак во втором сегменте справа. Необходима трансторакальная аспирационная биопсия опухоли; после уточнения диагноза при отсутствии противопоказаний решить вопрос об операции.

7. Больная Д., 43 лет, обратилась с жалобами на боли в правой половине живота и правом подреберье, учащение стула (кашецеобразного характера) с примесью слизи, утомляемость, слабость, потерю веса. Со слов пациентки считает себя больной около 5-6 месяцев. При ирригографии имеется образование в восходящем отделе толстой кишки. По данным УЗИ в правой доле печени (5 сегмент) выявлено образование диаметром до 5 см.

**Ваш предварительный диагноз? Дальнейшая тактика?**

**Ответ:** у больной имеется рак восходящего отдела толстой кишки с наличием единичного метастаза в правой доле печени (5 сегмент). Больной может быть выполнена паллиативная операция - правосторонняя гемиколэктомия. При наличии единичного метастаза показана резекция сегмента печени.

8. Больная С. 58 лет, была направлена в онкологический диспансер из

хирургического отделения городской больницы, где по поводу острого гнойного мастита (в верхне-внутреннем квадрате правой молочной железы) ей было выполнено вскрытие и дренирование гнойника. Во время операции хирургом был взят материал на гистологическое исследование. Гистологическое заключение: умеренно-дифференцированная аденокарцинома. В подключичной области справа имеется плотный диаметром до 1 см лимфатический узел.

**Ваш диагноз? Дальнейшая тактика лечения больной?**

**Ответ:** лечение должно быть начато с лучевой терапии, продолжено оперативным вмешательством - радикальной мастэктомией с последующей химио- и гормонотерапией.

9. Больной Г., 35 лет, обратился с жалобами на наличие увеличенных лимфатических узлов в левой надключичной области, слабость, утомляемость. При осмотре лимфатические узлы диаметром до 2 см, плотные в виде пакета. Пальпация умеренно болезненна. Взята биопсия, которая установила наличие у больного лимфогранулематоза (смешанно-клеточный вариант). При рентгенографии органов грудной клетки выявлено увеличение лимфатических узлов средостения.

**Какая стадия заболевания у больного? Какой вид лечения наиболее целесообразен в данном случае?**

**Ответ:** больного лимфогранулематоз 2а стадии с поражением надключичной области и средостения. Больному показано следующее лечение: 2-3 курса полихимиотерапии ЦВПП + ЛТ на зоны поражения лимфатических узлов + 2-3 курса ЦВПП.

10. Больной З., 64 лет, предъявляет жалобы на боли в правой поясничной области, слабость, утомляемость. Больной правильного телосложения, нормального питания. При пальпации в правой поясничной области определяется подвижное, умеренно болезненное образование размером 7х6 см. по данным ультразвукового исследования и ангиографии опухоль не выходит за пределы почки и не прорастает капсулу.

**Ваш предварительный диагноз? Дальнейшая тактика? Какой вид лечения показан больному?**

**Ответ:** у больного рак почки. Диагноз может быть подтвержден данными УЗИ, КТ, экскреторной урографии. Больному показано оперативное лечение - Нефрэктомия в чистом виде.

### **3. Фонд оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по дисциплине Детская онкология**

#### **Тестовые задания**

1. Структуре смертности среди детей в экономически развитых странах по данным ВОЗ на первом месте стоит смерть от:

- а) злокачественных опухолей
- б) несчастных случаев
- в) инфекционных заболеваний
- г) сердечно-сосудистых заболеваний
- д) убийства и самоубийства.

2. Какое место в настоящее время среди причин детской смертности в экономически развитых странах по данным ВОЗ занимают злокачественные новообразования?

- а) первое
- б) второе
- в) третье
- г) четвертое
- д) пятое.

3. В структуре смертности взрослого населения в экономически развитых странах по данным ВОЗ злокачественные новообразования занимают:

- а) первое место
- б) второе место
- в) третье место
- г) четвертое место
- д) пятое.

4. В структуре смерти детей в возрасте до 14 лет в России злокачественные новообразования занимают:

- а) первое место
- б) второе место
- в) третье место
- г) четвертое место
- д) пятое место.

5. Заболеваемость злокачественными новообразованиями у детей в экономически развитых странах составляет в среднем на 100.000 детского населения:

- а) 8-10 детей
- б) 10-12 детей
- в) 14-15 детей
- г) 17-18 детей
- д) 19-20 детей.

6. Ежегодно заболевают доброкачественными опухолями на 100.000 детского населения:

- а) до 350 детей

- б) до 450 детей
- в) до 550 детей
- г) до 650 детей
- д) до 750 детей.

7. Международная классификация болезней это:

- а) перечень наименований болезней в определенном порядке
- б) перечень диагнозов в определенном порядке
- в) перечень симптомов, синдромов и отдельных состояний, расположенных по определенному принципу
- г) система рубрик, в которые отдельные патологические состояния включены в соответствии с определенными установочными критериями
- д) перечень наименований болезней, диагнозов и синдромов, расположенных в определенном порядке.

8. В каких случаях и кому медицинская помощь оказывается без согласия граждан или их представителей:

- а) несовершеннолетним детям
- б) при несчастных случаях, травмах, отравлениях
- в) лицам, находящимся в состоянии алкогольного опьянения
- г) лицам, страдающим онкологическими заболеваниями
- д) лицам, страдающим тяжелыми психическими расстройствами, с заболеваниями, представляющими опасность для окружающих.

9. Что такое медицинское страхование?

- а) оплата медицинских услуг через страховую организацию
- б) форма социальной защиты интересов населения в области охраны здоровья
- в) оплата лечения и лекарств за счет накопленных средств
- г) медицинское обслуживание населения за счет страховой организации
- д) оплата медицинских услуг за счет государства.

10. Гражданин, имеющий страховой полис ОМС, может получить медицинскую помощь:

- а) в территориальной поликлинике
- б) в ведомственной поликлинике
- в) в ведомственной поликлинике системы добровольного медицинского страхования
- г) в любой поликлинике субъекта Федерации
- д) в любой поликлинике Российской Федерации.

11. Кто несет ответственность за вред, причиненный здоровью пациента, при оказании медицинской помощи:

- а) медицинский работник (врач, мед.сестра)
- б) заведующий отделением
- в) главный врач
- г) медицинское учреждение
- д) органы управления здравоохранения.

12. В морфологии солидных опухолей у детей преобладают:

- а) эпителиальные опухоли
- б) опухоли мезенхимального происхождения
- в) нейроэндокринные опухоли
- г) эндокринные опухоли
- д) нет четкого различия.

13. Кто впервые предложил теорию трансплацентарного бластогенеза?

- а) Конгейм



- б) Фишер-Вазельс
- в) Массой
- г) Пеллер
- д) Кнудсон.

14. К расширенной операции следует относить:

- а) удаление опухоли в пределах здоровых тканей
- б) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарными лимфоузлами
- в) удаление опухоли в пределах здоровых тканей вместе с регионарными лимфоузлами и всеми доступными лимфоузлами в зоне операции
- г) удаление опухоли вместе с регионарными лимфоузлами
- д) удаление опухоли вместе с регионарными лимфоузлами и резекцией или удалением соседнего органа пораженного опухолью.

15. К комбинированной операции следует относить:

- а) удаление опухоли с регионарным лимфатическим барьером
- б) удаление опухоли с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами в зоне операции
- в) удаление опухоли с регионарными лимфоузлами с резекцией или удалением соседнего органа, вовлеченного в процесс
- г) удаление опухоли с регионарными лимфатическими узлами с одновременной операцией по поводу другого заболевания
- д) удаление опухоли без удаления регионарных лимфатических узлов.

## Ситуационные задачи

### Задача №1. (Рак Педжета)

Больная Н. 15 лет, жалуется на покраснение левого соска, его утолщение и зуд. Неоднократно обращалась к дерматологу. Был выставлен диагноз: «Экзема кожи соска» и назначено соответствующее лечение. На фоне лечения отмечалась незначительная отрицательная динамика. Направлена в онкологический диспансер.

При осмотре сосок и часть ареолы покрыты корочкой и струпом на протяжении 5 см, имеется гиперкератоз сосково-ареолярной зоны и мацерация. При sluщивании корочки обнаруживается влажная, зернистая поверхность. Сосок утолщен и плотный на ощупь. В левой подмышечной области пальпаторно определяется плотный, безболезненный, увеличенный лимфатический узел до 2,5 см.

Вопросы: 1. Предположительный диагноз. 2. Диагностический алгоритм. 3. Метод цитоморфологической верификации. 4. Виды и методики маммографического обследования. Показания и противопоказания к дуктографии. 5. Дифференциальный ряд. 6. Обоснование диагноза. 7. Каковы особенности метастазирования. 8. План специального лечения. 9. Какие методы радикального хирургического лечения применяются. 10. Какой этап операции считается «ключевым». 11. Прогноз заболевания.

### Задача №2. (Рак средней трети грудного отдела пищевода)

М, 17 лет, болен в течении 6 месяцев, когда впервые отметил затруднение при глотании твердой пищи, постепенно дисфагия нарастала, похудел на 7 кг. В анамнезе заболевания в 3-летнем возрасте отмечает ожог пищевода щелочным раствором. При осмотре: общее состояние удовлетворительное, соматически компенсирован. Кожа обычной окраски,

тургор несколько снижен, подкожно-жировая клетчатка выражена слабо. АД 110 и 70 мм.рт.ст., ЧСС 88 ударов в минуту. Региональные лимфоузлы не пальпируются. Печень при осмотре обычных размеров. При рентгенологическом исследовании пищевода в средне-грудном отделе имеется циркулярное сужение просвета на протяжении 3,5 см., смещаемость его по отношению к телам позвонков при глотании, перемене тела-ограничена. При эзофагоскопии на расстоянии 31 см от резцов - циркулярное сужение его просвета до 0,5 см. При биопсии - картина плоскоклеточного рака пищевода без ороговения. Отдаленных метастазов не выявлено.

Вопросы: 1. Предположительный диагноз. 2. Назовите факультативные и облигатные фоновые состояния по раку пищевода. 3. Дифференциально-диагностический ряд. 4. Какие виды обследования являются обязательными до начала специального лечения. 5. Какая форма роста рака пищевода выявлена у больного. 6. Какие особенности метастазирования при раке пищевода. 7. Определите степень дисфагии у пациента. 8. План специального лечения. 9. Вид операции, показанный данному больному. 10. Что является определяющим при прогнозировании отдаленных результатов лечения. 11. Назовите наиболее часто встречающиеся послеоперационные осложнения.

### **Задача №3. (Саркома Юинга (быстрый темп развития заболевания отличает от остеомиелита))**

Больной Т., 11 лет, болен с января 2008 года. Когда после травмы появились боли в левом коленном суставе; температура тела повысилась до 39,9 град. Консервативное противовоспалительное лечение, проведенное в поликлинике по месту жительства, эффекта не дало. Ребенок направлен в ВОИЦ им. Н.Н.Блохина.

При поступлении состояние удовлетворительное. Отмечаются некоторое увеличение объема левого коленного сустава, ограничение объема движений в нем. При рентгенологическом исследовании, проведенном 26.02.08 года в средней и нижней третях диафиза левого бедра выявлены мелкоочаговая деструкция кости, фрагментация коркового слоя, линейные и бахромчатые периостальные наслоения. Рентгенологическое заключение: подострый остеомиелит левой бедренной кости. 6.03.08 года произведена открытая биопсия. Морфологическое заключение: изменения соответствуют картине подострого остеомиелита, элементов опухоли не обнаружено. Больной в удовлетворительном состоянии выписан из клиники. Через 2 месяца произошел патологический перелом левой бедренной кости. Повторно поступил в клинику, где 22.04.08 года были произведены иммобилизация левой бедренной кости и повторная биопсия.

Вопросы: 1. Предположительный диагноз и его обоснование. 2. Дифференциально-диагностический ряд. 3. Тактика ведения больного на данном этапе. 4. Дальнейшие диагностические мероприятия, принципы лечения.

### **Задача №4. (Нефробластома)**

Мальчик 4 - х лет поступил в детское отделение в связи с периодически возникавшей микро- и макрогематурией. Явления микрогематурии случайно обнаружены 2 месяца назад при исследовании мочи по поводу поступления в детский сад. В дальнейшем установлен стойкий характер микрогематурии и отмечены случаи макрогематурии.

В отделении диагностирован нефрит (выявлено также повышенное артериальное давление) и начато активное лечение, включавшее физиотерапевтические процедуры на

поясничную область. Однако состояние ребенка продолжало ухудшаться. При рентгенографии грудной клетки в правом легком обнаружена патологическая тень.

Вопросы: 1. Предположительный диагноз и его обоснование. 2. Методы обследования, особенности у детей. 3. Дифференциально-диагностический ряд. 4. Тактика ведения больного на данном этапе.

### **Задача №5. (Нефробластома)**

Девочка 9 мес., госпитализирована в детское отделение с жалобами на высокую лихорадку, пальпируемую опухоль в брюшной полости.

Анамнез жизни : Ребенок от 1 беременности, протекавшей с угрозой прерывания при сроке 28 недель. Родилась при сроке 38 недель с массой 2300,0 гр. К груди приложена в первые сутки, сосала удовлетворительно. Физиологическая желтуха до 5 дня. Выписана из род. дома на 5 день. В связи с гипогалактией с 2-хнедельного возраста на искусственном вскармливании. Привита по плану. До 8-месячного возраста в весе прибавляла хорошо. Ранее отмечалась аллергическая реакция на цефазолин.

Анамнез заболевания : в возрасте 9 мес повысилась температура до 38 - 39, появился кашель. Лечилась амбулаторно жаропонижающими и отхаркивающими средствами. Так как сохранялся кашель госпитализирована в ЦРБ, где при пальпации живота выявлена опухоль брюшной полости слева. По данным УЗИ выявлена опухоль в нижнем полюсе левой почки размерами 7,8x6,8x7 см, в среднем сегменте правой почки 5,5x4,7x4,8 см. С диагнозом двухсторонней нефробластомы ребенок направлен в детское онкологическое отделение.

При поступлении состояние средней тяжести, умеренная бледность Периферические лимфоузлы не увеличены. Живот увеличен за счет опухолевых образований. Слева от пупка опухолевое образование около 6x8 см, справа от пупка опухоль около 6 см диаметром, подвижные. Печень и селезенка не увеличены.

Рентгенография органов грудной клетки - Очаговых теней нет. Размеры сердца и средостения - возрастная норма.

УЗИ органов брюшной полости- Левая почка 7,0x4,0 см, из нижнего полюса исходит опухоль 8,0x9,0 см. Правая почка 8,0x4,0 см, из среднего полюса исходит опухоль до 5 см диаметром. Печень не изменена, забрюшинные лимфоузлы достоверно не определяются.

Динамическая сцинтиграфия почек - Кривые обеих почек обтурационного типа. Максимумы накопления обеих почек разделены на несколько участков (характерно для гидронефроза).

КТ органов брюшной полости ( нативное и в/в контрастированием : выявлено субтотальное опухолевое поражение обеих почек с преимущественной локализацией в нижних полюсах и средних сегментах по вентральной поверхности с сдавлением лоханок. В правой почке размеры опухолевого конгломерата 6,0x6,0x11,0 см, в левой почке 8,0x8,5x15,0 см. Паренхима печени однородна, лимфоузлы не увеличены.

Результат цитологического исследования пунктата костного мозга из 3-х точек – без морфологических особенностей, mts не найдены.

Результат цитологического исследования пунктата опухоли левой почки: Злокачественный процесс из недифференцированных клеток, больше данных за

нефробластому.

Ан крови - Нв- 123 г/л, Эр-  $4,6 \times 10^9$ /л, тромбоциты-  $584,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты-  $15,5 \times 10^9$ /л, ю-1, п-1, с-41, э-2, м-5, л-48, пл кл-2, СОЭ- 32 мм/ч

билирубин- 12,0 мкмоль/л, АЛТ- 30е/л, АСТ- 31е/л креатинин-65,9 мкмоль/л, мочевины- 3,6 ммоль/л

В ан мочи небольшая лейкоцитурия ( 11-12 в п зр).

Вопросы: 1. Сформулируйте предположительный диагноз. 2. Выберите программу лечения согласно клиническим рекомендациям. 3. Сопроводительное лечение. 4. Профилактика осложнений. 5. Какие осложнения могут развиваться. 6. Побочный эффект от выбранных препаратов.

### **Задача №6. (Нейробластома правого надпочечника (локализованная форма – I стадия))**

Мальчик 1 мес., госпитализирован в детское онкологическое отделение по направлению из детской пол-ки по месту жительства, где при УЗИ скрининге в 1 месячном возрасте было выявлено образование в проекции правого надпочечника размерами 3,9х2,7см.

Ребенок доношенный, роды самостоятельные, масса при рождении = 3190г,

Группа крови А(II), Rh+пол. Креатинин – норма = 42 мкмоль/л.

Суточная моча на Ванилилминдальную кислоту – на верхней границы нормы = 34,2 мкмоль/сут (норма – до 33 мкмоль/сут), объем суточной мочи = 1100мл.

ЛДГ – в пределах возрастной нормы = 441 Ед/л (норма от 488 до 975).

Ферритин – в пределах возрастной нормы = 140 мкг/л.

Билирубин общий = 97,7, прямой = 10,3, непрямой = 87ммоль/л, Нв=108г/л, Эр =  $3,1 \times 10^{12}$ /л, Le =  $7,0 \times 10^9$ /л, СОЭ = 5мм/ч, Тр =  $431 \times 10^9$ /л, с-26, э-6, л-56, м-6; ВСК = 2'48".

Костный мозг из бугристых обеих б/берцовых костей – метастатических опухолевых клеток не выявлено.

КТ брюшной полости и ОГК с в/в контрастированием : в проекции правого надпочечника определяется неоднородное опухолевое образование 4х3х3,5см, которое отдавливает верхний полюс правой почки, интимно прилежит к НПВ и к начальному отделу правой почечной вены. Забрюшинные л/узлы – не увеличены.

Паренхиматозные органы и кости в зоне сканирования – без mts.

Легкие и средостение – без метастатических очагов.

После проведенного обследования ОПЕРИРОВАН – поперечная супраумбиликальная лапаротомия, туморадреналэктомия справа. Под наркозом (комбинированный + перидуральная анестезия), поперечная лапаротомия выше пупочного кольца. Мобилизация печени, мобилизация правой половины толстой кишки и 12п кишки по Кохеру. Обнажена передняя поверхность нижней полой вены, правая почка и её сосуды, опухоль правого надпочечника 4х3,5см. Опухоль отделена от нижней поверхности печени, от НПВ и от правой почечной вены, надпочечниковая вена (впадающая в НПВ) перевязана и пересечена. Опухоль удалена без повреждения её капсулы.

Гистологическое исследование № 7781 : нейробластома, С74, М9500/3/3.

П/о период гладкий, получал цефоперазон, метронидазол, анальгетики, прозерин, спазмолитики, эубиотики. Дренаж из брюшной полости удален через сутки. Заживление п/о раны первичное, швы сняты.

В настоящее время ребенок полноценно питается материнским молоком, начал прибавлять в весе, стул без патологических примесей – 4раза в сутки, масса при выписке = 6кг, рост = 60см, ОАК от 04.04.14г: Hb = 100г/л, Эр =  $3,4 \times 10^{12}$ /л, Le =  $7,5 \times 10^9$ /л, СОЭ = 1мм/ч, Тр =  $610 \times 10^9$ /л, с-32, э-4, л-50, м-14; ЛДГ = 273 Ед/л, креатинин = 36,5 мкмоль/л, общий билирубин = 7,5 мкмоль/л.

Вопросы: 1. Сформулируйте предположительный диагноз. 2. Какие дополнительные исследования необходимо выполнить для установления группы риска. 3. От чего зависит выбор лечебной тактики. 4. Диспансерное наблюдение.

### **Задача №7 (Светлоклеточная саркома удвоенной правой почки - после неoadьювантной ПХТ)**

Мальчик 4-х мес., госпитализирован в детское онкологическое отделение для дальнейшего обследования.

Анамнез заболевания: у мальчика в месячном возрасте при скрининговом УЗИ ОБП – патологии не выявлено. В 3-х месячном отмечалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр в течение 1 недели и учащение разжиженного стула – в ОАК выявлено снижение Hb до 80г/л. И мама обнаружила у ребенка опухоль в правой половине живота. По данным УЗИ – правая половина и центральная часть брюшной полости заняты объёмным образованием неоднородной структуры размером около 10×9×8см. Макрогематурии при поступлении не отмечалось.

Анамнез жизни: Беременность 1-я, протекала без патологии. Роды в срок, масса при рождении 3160,0. Вскармливание грудное. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана. Наследственность не отягощена.

При поступлении в отделение: Состояние ребенка среднетяжёлое, бледный (Hb = 79г/л), капризный (болевым синдром в животе), часто отказывается от еды, Температура тела на нормальных и субфебрильных цифрах, окружность брюшной стенки на пупочном уровне 46см, масса = 6900г (при рождении = 3160г), отмечается кряхтящее дыхание (усиливается в горизонтальном положении).

Уровень NSE (коммерческая лаборатория) = 113,3 мкг/л (норма – менее 18,3). Группа крови А(II), Rh-отрицательный, ccddeekk.

Через неделю: Hb = 61г/л (проведена трансфузия Эр массы 100мл), Le =  $8,5 \times 10^9$ /л, Тр =  $206 \times 10^9$ /л, СОЭ = 10мм/ч, п-1, с-37, э-7, м-9, л-46, АЛТ = 13 Ед/л (норма до 45), АСТ = 47 Ед/л (норма до 35), ЛДГ = 383 Ед/л (норма до 250), креатинин = 28 мкмоль/л (норма до 120), глюкоза = 5,27ммоль/л, общий билирубин = 15 мкмоль/л, общий белок = 32 г/л (норма – не менее 65).

КТ ОБП+ОГК+таз с в/в контрастированием: справа имеется забрюшинная опухоль больших размеров = 12×10×10см кистозно-солидной структуры, резко оттесняющая печень, петли кишечника, поджелудочную железу и сдавливающая НПВ, правый надпочечник в опухоли не визуализируется, остатки правой почечной ткани распластаны по передне-нижней поверхности опухоли, л/узлы – до 1см (параортальные, подвздошные),

лёгочная ткань и костные структуры – без патологии.

Костный мозг из 2х мест: метастатических клеток не обнаружено, все ростки кроветворения – представлены.

После трепанобиопсии отмечалась макрогематурия – установлен уретральный мочевой катетер, получал этамзилат и СЗП 100мл в/в – макрогематурия купирована.

Цитологическое исследование: в небольшом числе скопления злокачественных недифференцированных клеток негемопозитической природы.

Гистологическое исследование: светлоклеточная саркома (в биоптате участок опухоли состоящий из светлых клеток с округлыми или овальными ядрами, в ядрах – нежная сеть хроматина, местами имеются ядрышки, скопления клеток разделены фибрососудистыми перегородками, имеются митозы, ангиоэктазии, кровоизлияния и очаги некроза)

После трепанобиопсии опухоли отмечено увеличение окружности живота до 48см, учащение эпизодов беспокойства, отказ от еды, что расценено как нарастание явлений абдоминального компартмент синдрома.

Начата неоадьювантная ПХТ по схеме AVD SIOP – 6 недельная с редукцией доз химиопрепаратов на 50% (учитывая возраст и массу ребенка):

( Винкристин 0,25мг + Дактиномицин 150мкг + Доксорубин 10мг – 1 неделя)

На фоне в/в инфузионной терапии отмечались отёки нижних конечностей (сдавление опухолью НПВ), уменьшение окружности живота до 45,5см, уровень ЛДГ = 831 Ед/л.

Результаты ИГХ : морфоиммуногистохимическая характеристика опухоли соответствует светлоклеточной саркоме почки, уровень Ki67 = 40%,\_ уровень ЛДГ = 640 Ед/л,

Пересмотр гистопрепаратов в ПАО НМИЦ ДГОИ им Д.Рогачева\_: фрагмент опухоли субтотально некротизирован, ИГХ реакции – в основном на уровне фона (потому трудно интерпретируемы), ввиду отсутствия экспрессии CD56 можно предполагать, что опухоль не является нефробластомой. Продолжена ХТ.

Контрольное КТ ОБП с в/в контрастом: положительная динамика в виде уменьшения размеров опухоли с 10×12см до 7,7×7,8×8,6см и нормализация размеров забрюшинных л/узлов, кроме того справа определяется 2 мочеточника (сливающиеся в один в нижней трети) – неполное удвоение пораженной опухолью правой почки.

Вопросы: 1. Клинический диагноз. 2. Дальнейшее дополнительное обследование. 3. Дальнейшая тактика лечения. 4. Диспансерное наблюдение.

### **Задача №8 (Гепатобластома)**

Мальчик, 1год 4 мес., поступил в детское онкологическое отделение на обследование. Жалобы на ухудшение состояния ребенка: мальчик стал вялый, капризный, отмечалось повышение Т тела до 38 (без простудных проявлений), родители заметили увеличение объема живота и выбухание правого подреберья.

При поступлении пальпаторно нижний край увеличенной правой доли печени определяется на 3см выше уровня гребня правой подвздошной кости. Живот резко увеличен, правая реберная дуга развёрнута.

Проведено обследование:

Группа крови А(II), Rh+положительный. Hb=99 г/л, Эр =  $4,1 \times 10^{12}$ /л, Le =  $13,8 \times 10^9$ /л, Тр =  $745 \times 10^9$ /л, СОЭ = 40мм/ч, п-2, с-51, э-1, м-14, л-32. ОАМ – без патологии.

Биохимический анализ крови: ЛДГ = 909 Ед/л (N до 248), АСТ = 66 Ед/л (N до 35)

АФП = 7,48 ме/мл (норма до 5,5), ХГЧ = 3,41 мМЕ/мл (норма до 5,3).

УЗИ брюшной полости: печень увеличена, в правой доле (6-8 сегменты) имеется неоднородное опухолевое образование  $11,6 \times 10,5 \times 7,8$  см состоящее из нескольких узлов с наличием жидкостных участков (по 3-7мм) в структуре образования — картина злокачественного процесса. Желчный пузырь, поджелудочная железа, селезенка, почки – без структурных изменений, забрюшинные л/узлы не увеличены, асцита не выявлено.

КТ органов брюшной полости: В 4-8 сегментах паренхимы печени выявляется неоднородное объемное образование  $9,1 \times 11,8 \times 10,8$  см, которое неравномерно накапливает контраст, правая ветвь воротной вены и НПВ резко сдавлены. Правая почка смещена увеличенной печенью и ротирована. Головка поджелудочной железы оттеснена опухолью. Паренхима почек однородная, ЧЛС – не расширена, селезенка не изменена, надпочечники интактны. Жидкости в брюшной полости не выявлено.

Ro ОГК – легочные поля без очаговых теней, средостение не расширено.

Вопросы: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Дальнейшее дополнительное обследование. 3. Тактика лечения. 4. Диспансерное наблюдение.

#### **Задача №9 (Нефробластома слева I стадия. Недоношенность 33 нед)**

Мальчик, 5 дней жизни. Опухолевое поражение левой почки выявлено по результатам внутривентрального УЗИ.

По результатам УЗИ на 5-й день жизни – в верхнем полюсе левой почки имеется опухолевое образование до 3,5 см в диаметре – данное образование пальпируется через переднюю брюшную стенку – плотное малоподвижное.

В возрасте 11 дней под кратковременным наркозом в ВОКОД выполнено КТ грудной клетки и брюшной полости с в/в контрастированием: верхний полюс левой почки представлен опухолевым образованием до 3,9 см в диаметре, которое активно накапливает контрастное вещество, не выходит за пределы почечной капсулы, распространяется на внутривентрикулярно расположенную лоханку; легочные поля – без признаков мts поражения; костные структуры в зоне сканирования - без признаков мts поражения; правая почка адекватно и своевременно выделяет контрастный препарат.

Костный мозг из 1/3 правой б/берцовой кости – без признаков мts поражения.

Учитывая результаты КТ, диагноз нефробластомы был наиболее вероятен.

В связи с тем, что детское онкологическое отделение ВОКОД №1 не обладает всей необходимой технической анестезиолого-реанимационной базой для осуществления неонатальной хирургии, было принято решение о выполнении оперативного вмешательства данному ребенку на базе детского анестезиолого-реанимационного отделения КБ № 7 г. Волгограда

В возрасте 20 дней ребенок ОПЕРИРОВАН в городской клинической больнице №7

г.Волгограда (база кафедры детской хирургии Волгоградского медицинского университета) - Поперечная лапаротомия, нефруретерэктомия слева (поперечная супраумбиликальная лапаротомия), при ревизии брюшной полости – данных за метастатическое поражение органов брюшной полости и брюшины не получено. Мобилизация левой половины ободочной кишки, рассечена фасция Герота, мобилизована левая почка. Верхний и средний сегмент левой почки занят плотным опухолевым образованием до 3,5см в диаметре. Левый надпочечник интактен – отсепарован от левой почки. Выделены, перевязаны и пересечены отдельно левая почечная вена (свободна от опухолевых тромботических масс) и левая почечная артерия. Левый мочеточник выделен максимально близко к мочевому пузырю (до уровня внутренних подвздошных сосудов) – перевязан и пересечен. Пораженная опухолью левая почка удалена вместе с околопочечной клетчаткой без повреждения капсулы. Увеличенных парааортальных л/узлов – не обнаружено. Гемостаз – электрокоагуляцией и биполярным LigaSure. Дренажирование ложа удаленной опухоли-почки ПВХ трубкой. Восстановление брюшины левого бокового фланга. Послойное ушивание лапаротомной раны, внутрикожный шов. Препарат – на плановое гистологическое исследование: опухоль-почка, размеры почки вместе с опухолью 5,5x3,5см, размеры опухолевого узла = 3,5см в диаметре. ДЗ: Эмбриональная опухоль левой почки (нефробластома?) Операторы: зав каф детской хирургии ВолГМУ - Хворостов И.Н. и детский онколог - Каплунов С.В.)

Дальнейшее лечение в условиях кювеза в РО ГКБ№7 – гладкий п/о период.

Гистологическое исследование № 13287-89 : нефробластома смешанного строения – гистотип относящийся к средней (стандартной) группе риска.

Вопросы: 1. Клинический диагноз. 2. Какие дополнительные методы диагностики необходимо выполнить. 3. Дальнейшая тактика лечения. 4. Диспансерное наблюдение.

**Задача №10 (Нефробластома слева. II стадия. T2N0M0. Состояние после комбинированного лечения. Клиническая группа – 3)**

Девочка 6 мес., госпитализирована в детское онкологическое отделение с жалобами на пальпируемое опухолевое образование в брюшной полости.

Анамнез заболевания: Ребёнок наблюдается у детского уролога с 3мес возраста с подозрением на удвоение левой почки. Обследовалась в детском урологическом отделении в возрасте 4-х мес. Установлено удвоение левой почки, пузырно-мочеточниковый рефлюкс 2 степени справа. При очередном УЗИ контроле в возрасте 6 мес выявлено объёмное образование занимающее в/3 и ср/3 левой почки размером 69×45×59мм. Переведена в детское онкологическое отделение. При поступлении пальпаторно определялась опухоль в левой половине живота и поясничной области размером около 7×6см.

Группа крови А(II), Rh+положительный.

ОАК : Hb=106 г/л, Эp = $3,6 \times 10^{12}$ /л, Le = $9,8 \times 10^9$ /л, Тp = $454 \times 10^9$ /л, СОЭ =7мм/ч,

ОАМ : эпителий, лейкоциты и эритроциты – единичные в пл.зр., белка в моче нет.

Биохимия : ЛДГ, Билирубин общ, АСТ, АЛТ, мочевины, креатинин, амилаза, глюкоза, щелочная фосфатаза – в пределах нормальных значений.

КТ брюшной полости под наркозом : Выявляется опухолевое образование 6,5×7,6×6,9 см солидно-кистозной структуры исходящее из верхнего полюса и среднего сегмента левой



почки с компрессией лоханки и признаками гидрокаликоза нижней группы чашечек. Опухоль оттесняет селезёнку и хвост поджелудочной железы кпереди, левый надпочечник медиально, без признаков инвазии. Визуализируются единичные левые парааортальные л/узлы до 0,8 см - метастазы? Заключение: КТ-признаки злокачественного образования левой почки.

Начата неoadьювантная ( предоперационная полихимиотерапия).

1 блок: Этопозид 20мг в/в – 5дней + Ифосфамид 300мг в/в – 5дней.

КТ грудной клетки: – mts очагов в лёгочной ткани и увеличения л/узлов средостения не выявлено.

УЗИ контроль после блока ХТ: положительная динамика в виде уменьшения размеров опухоли левой почки с 6,5×7,6×6,9 см до 6,0×4,0см, другой патологии не отмечено.

2 блок: Этопозид 25мг в/в – 5дней + Ифосфамид 350мг в/в – 5дней.

КТ контроль брюшной полости под наркозом с в/в контрастированием – размеры левой почки уменьшились до 5×6×4см, а размеры опухоли левой почки уменьшились до 3×5×4см, размеры левого парааортального л/узла уменьшились до 0,6×0,7см.

Следующий этап лечения - ОПЕРАЦИЯ - Поперечная лапаротомия. Туморнефруретерэктомия слева.

Послеоперационный диагноз: Нефробластома слева – состояние после 2х блоков ПХТ (патоморфоз и кистозная трансформация опухоли).

Гистологическое исследование: нефробластома – стромальный вариант, с инвазией капсулы почки, патоморфоз 3 степени, в л/узле – без метастаза, M C64.

П/о стадирование: стромальный тип нефробластомы – средний риск, инвазия капсулы почки, но удалена полностью, в л/узле нет метастаза – II стадия, T2N0M0.

Вопросы: 1.Клинический диагноз. 2. Какие дополнительные методы диагностики необходимо выполнить. 3. Дальнейшая тактика лечения. 4. Диспансерное наблюдение.

### **Задача №11 (Нефробластома)**

Девочка 10 мес., госпитализирована в детское отделение с жалобами на высокую лихорадку, пальпируемую опухоль в брюшной полости.

Анамнез заболевания : в возрасте 9 мес. повысилась температура до 38 - 39, появился кашель. Лечилась амбулаторно жаропонижающими и отхаркивающими средствами. Так как сохранялся кашель госпитализирована в ЦРБ, где при пальпации живота выявлена опухоль брюшной полости слева. По данным УЗИ выявлена опухоль в нижнем полюсе левой почки размерами 7,8х6,8х7 см, в среднем сегменте правой почки 5,5х4,7х4,8 см. С диагнозом двухсторонней нефробластомы ребенок направлен в детское онкологическое отделение.

При поступлении состояние средней тяжести, умеренная бледность Периферические лимфоузлы не увеличены. Живот увеличен за счет опухолевых образований. Слева от пупка опухолевое образование около 6х9 см, справа от пупка опухоль около 8 см диаметром, подвижные. Печень и селезенка не увеличены.

УЗИ органов брюшной полости- Левая почка 7,0×4,0 см, из нижнего полюса исходит

опухоль 9,0×9,0 см. Правая почка 8,0×4,0 см, из среднего полюса исходит опухоль до 6 см диаметром. Печень не изменена, забрюшинные лимфоузлы достоверно не определяются.

Динамическая сцинтиграфия почек - Кривые обеих почек обтурационного типа. Максимумы накопления обеих почек разделены на несколько участков (характерно для гидронефроза).

КТ органов брюшной полости ( нативное и в/в контрастированием : выявлено субтотальное опухолевое поражение обеих почек с преимущественной локализацией в нижних полюсах и средних сегментах по вентральной поверхности с сдавлением лоханок. В правой почке размеры опухолевого конгломерата 6,0×6,0×11,0 см, в левой почке 8,0×8,5×15,0 см. Паренхима печени однородна, лимфоузлы не увеличены.

Результат цитологического исследования пунктата костного мозга из 3-х точек – без морфологических особенностей, mts не найдены.

Результат цитологического исследования пунктата опухоли левой почки: Злокачественный процесс из недифференцированных клеток, больше данных за нефробластому.

Ан крови - Нв- 123 г/л, Эр- 4,6×10/л, тромбоциты- 584.0×10/л, лейкоциты- 15,5×10/л, ю-1, п-1, с-41, э-2, м-5, л-48, пл кл-2, СОЭ- 32 мм/ч; билирубин- 12,0 мкмоль/л, АЛТ- 30е/л, АСТ- 31е/л креатинин-65,9 мкмоль/л, мочевины- 3,6 ммоль/л

Задание: Сформулируйте предположительный диагноз. 2. Выберите программу лечения согласно клиническим рекомендациям. 3. Сопроводительное лечение. 4. Профилактика осложнений 5. Осложнения.

### **Задача №12 (Незрелая тератома крестцово-копчиковой области)**

Девочка 4,5 мес, поступила в детское онкологическое отделение с жалобами на наличие опухолевого образования в крестцово-копчиковой области.

Анамнез заболевания: При рождении выявлено опухолевое образование в крестцово-копчиковой области с повышением АФП. Оперативное лечение на 8-е сутки жизни – удаление незрелой тератомы крестцово-копчиковой тератомы. В послеоперационном периоде АФП снизился до 4733МЕ/мл (норма до 5,5). Гистология № 9889-95 : незрелая тератома с метастазированием в регионарные лимфатические узлы.

Через 2,5 мес по данным УЗИ- контроля был выявлен рецидив(продолженный рост?) опухоли в полости малого таза 37×20×24мм. Вскоре появились гнойно-воспалительные явления в крестцово-ягодичных (инфильтраты справа и слева) областях с формированием множественных свищей (лигатурных?) с серозно-гнойным обильным отделяемым – получала антибактериальное и местное лечение в детском хирургическом отделении с положительным эффектом. Осмотрена детским онкологом. Рекомендовано активное местное лечение с целью купирования гнойно-воспалительных явлений в крестцово-ягодичных областях, проведение КТ ОГК+ОБП+ таз, контроль за уровнем АФП, при отсутствии местного и отдаленного метастазирования – рекомендовано оперативное вмешательство по удалению рецидивной опухоли после купирования гнойного процесса, при наличии метастатических поражений – рекомендован перевод в детское онкологическое отделение для проведения ПХТ после купирования гнойного процесса.

КТ в возрасте 3,5 мес – пресакральная опухоль 4,7×2,5см, илеофemorальный тромбоз,

данных за локальное и отдаленное метастазирование не выявлено.

Продолжено консервативное лечение гнойного-свищевого процесса в ягодичных зонах и лечение илео-фemorального тромбоза справа.

Переведена в отделение детской онкологии в 4,5 мес. При поступлении: в мягких тканях левой ягодичной области – опухолевый узел около 3см в диаметре, справа в ягодично-крестцовой области нечетко очерченное неподвижное плотное образование около 5см в диаметре и точечный свищевой ход в правой ягодичной зоне со скудным серозным отделяемым.

Перед проведением КТ под наркозом была выполнена постановка ЦВК по методике Сельдингера – катетер был установлен в правую подключичную артерию (ситуация диагностирована по результатам КТ)

КТ ОГК + ОБП + Таз под наркозом с в/в контрастированием(возраст 5 мес):

1. в полости таза, в сакральном канале (S1-S5), в правой ретросакральной зоне, в промежности справа и в ягодичной области справа имеется опухоль 5,2×5,6×7,5см неоднородной структуры (за счет солидного и кистозного компонентов – возможны участки распада с нагноением),
2. опухоль интимно прилежит к мочевому пузырю и резко оттесняет и мочевой пузырь и матку в вентро-краниальном направлении, резко сдавливается прямая кишка (нельзя исключить инвазию в стенку прямой кишки), проксимальные отделы толстой кишки (выше опухоли) растянуты и заполнены каловыми массами,
3. визуализируются метастатические л/узлы (накапливают контраст) как отдельные л/узлы (размером до 8мм), так и конгломераты mts узлов (солидно-кистозной структуры – не исключаются полости распада и нагноения): правый = 2,2×1,7см и левый = 1,2×1,0см общеподвздошные, правый = 2,2×4,4см и левый = 2,4×1,7см наружно-общеподвздошные,
4. слева в подкожных тканях ягодичной области имеется второй рецидивный опухолевый очаг 2,3×1,9×3,3см,
5. отсутствует общая и наружная подвздошная вена справа, отека правой нижней конечности нет, имеются множественные коллатеральные венозные сосуды правого бедра – идут в полость таза и анастомозируют с венами пояснично-подвздошной мышцы, бифуркация НПВ образована слиянием левой общеподвздошной вены и правой внутренне-подвздошной вены (проксимальные отделы которой находятся в опухолевом конгломерате),

Для профилактики тромбообразования был назначен нефракционированный гепарин 2,5 тыс Ед в виде суточной инфузии на протяжении 7 дней с последующей постепенной отменой. АФП- 43,79 МЕ/мл.

Вопросы: 1. Сформулируйте клинический диагноз 2. Выберите программу лечения согласно клинических рекомендаций. 3. Какие возможные осложнения при проведении ХТ 4. На каком этапе лечения рекомендуется удаление остаточной опухоли. 5. Какие рекомендации по адьювантной ХТ и диспансерному наблюдению.

### Задача №13 (Нейробластома)

Девочка 3-х мес., госпитализирована в детское онкологическое отделение для дальнейшего обследования. В процессе поликлинического УЗИ скрининга детей первых месяцев жизни (возраст 2 месяца) в проекции ворот левой почки выявлено новообразование 4х3см.

Проведено обследование: ОАК : WBC-9,3; RBC-3,56; HGB-102; PLT-319; П-1 С-22 Э-9 М-6 Л-62 Вр.свёрт. кр. 3 мин 05сек. ALT = 28.3 U/l (0.0 - 45.0); AST = 33.7 U/l (0.0 - 35.0); GGT = 36.6 U/l (0.0 - 55.0); LDH = 243.1 U/l (0.0 - 248.0); ALP 465.8 U/l (30.0 - 120.0); TBIL = 10.9 mkmol/l (1.7 - 20.0); UREA = 2.8 mkmol/l (1.7 - 8.3); CREAT = 64.6 mkmol/l (44.0 - 110.0); Ua = 210.1 ukmol/l (142.0 - 418.0). Коагулограмма от 02.12.2014 Протр. вр. = 20,0 (14-18с); Тромб. вр. = 15,6 (14-20с); АЧТВ = 207,7 (24-34с); Колчество фибриногена = 2,3 (1,8-4 г/л); РФМК – отриц. Электролиты от 02.12.2014г. Са = 2.32 mmol/l (2.20 – 2.65).

КТ ОГК+ОБП с в/в контрастированием: выявляется опухолевое образование левого надпочечника 3,9х3,1х3,8см, компрессирующее левую почку без КТ-признаков инвазии. К тумору прилежат ренальные сосуды, мочеточник, нижняя брыжеечная вена. Патологических изменений паренхиматозных органов (печени, селезёнки, поджелудочной железы и почек) не выявлено. Правый надпочечник – не изменён. Выявляются ретроаортокавальные л/узлы ориентировочными размерами до 1,5см (mts?). Патологических изменений в грудной клетке, средостении и полости малого таза – не обнаружено. Заключение: КТ-картина опухоли левого надпочечника (нейробластома) с возможным метастазированием в забрюшинные л/узлы.

Оперативное лечение: поперечная супраумбиликальная лапаротомия. Туморадреналэктомия слева.

Послеоперационный диагноз: Опухоль (Нейробластома?) забрюшинного пространства (надпочечника)

Послеоперационный период протекал без осложнений. Признаков воспаления, нагноения п/о швов не отмечено.

Цитологическое исследование: Опухолевые клетки с морфологией «бластных» с незначительными выраженными признаками нейрогенной дифференцировки с большой долей вероятности – нейробластомы.

Гистологическое исследование: 1 - Добавочные селезёнки. 2 - Метастазы нейробластомы в л/узлах. 3 - Нейробластома. Код С 48. М9500/3/2.

Вопросы: 1. Клинический диагноз. 2. Дополнительные методы диагностики для определения группы риска. 3. Выбор лечебной тактики. 4. Диспансерное наблюдение.

### Задача №14 (Медуллобластома)

Девочка 10 лет, госпитализирована в стационар с жалобами на головные боли, сопровождающиеся тошнотой, рвотой, нарушение походки и нарушение координации движений.

Анамнез заболевания: Данные жалобы появились 2 недели назад. Обратились в детскую поликлинику. При осмотре: девочка в сознании, сидит с поддержкой, на вопросы отвечает короткими фразами, инструкции выполняет. Предметное зрение сохранено, светобоязнь. Зрачки округлой формы, равновеликие, реакция зрачков на свет живая. Движения глазных

яблок не ограничены, нистагма нет, корнеальный рефлекс сохранен. Лицо симметрично в покое и при мимике. Глотание, фонация не нарушены, ест самостоятельно. Язык по средней линии. Мышечный тонус симметричный, сухожильные рефлексы сохранены. Явных парезов нет. Статическая и динамическая атаксия. Пальценосовая проба с мимо попаданием с обеих сторон.

Менингеальные знаки отрицательные. Госпитализирована по месту жительства. При КТ головного мозга выявлена опухоль ЗЧЯ, окклюзионная гидроцефалия. Срочно выполнена вентрикулоперитонеостомия справа. Гипертензионная симптоматика регрессировала. Сохранялась мозжечковая симптоматика- выражена туловищная и динамическая атаксия. По данным МРТ головного мозга - опухоль червя мозжечка с компрессией IV желудочка. При МРТ спинного мозга явных данных за наличие метастазов не выявлено.

Через 6 дней выполнена операция в ННПЦН: удаление крупной опухоли червя мозжечка с нейрофизиологическим мониторингом. Ранний послеоперационный период без осложнений. При МРТ головного мозга на 5-е сутки после операции определяется небольшое накопление КВ по периферии ложа удаленной опухоли. Гистологическое заключение – Медуллобластома.

Проведена ХТ циклофосфаном и цисплатином, затем мобилизация костного мозга и далее курс лучевой терапии в объеме краниоспинального облучения (СОД 23,4 грея).

Вопросы: 1. Клинический диагноз. 2. Дополнительные методы диагностики для определения группы риска. 3. Выбор лечебной тактики. 4. Диспансерное наблюдение

#### **Задача №15 (Забрюшинная нейробластома)**

Девочка, 1 год 1 мес. госпитализирована в детское онкологическое отделение «ВОКОД» с жалобами на увеличение в объеме живота, кряхтящее дыхание, давность заболевания около 7 дней.

Из анамнеза: 4й ребенок в семье – доношенный, масса при рождении 3500г. До настоящего заболевания девочка росла и развивалась хорошо. Находилась на грудном вскармливании до 1 года. Прикорм по возрасту. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана. Наследственность не отягощена. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ редко.

Анамнез заболевания: По месту жительства выполнена обзорная Ro брюшной полости признаков кишечной непроходимости не выявлено, Hb = 44г/л, резкое увеличение объёма живота, проведена трансфузия Эр массы 0(I)Rh+ (Hb повысился до 107г/л). УЗИ органов брюшной полости – слева в брюшной полости огромных размеров опухоль размерами около 18x15см. При госпитализации в детское онкологическое отделение состояние крайне тяжелое. Тяжесть состояния обусловлена: повышением внутрибрюшного давления (абдоминальный компартмент синдром) вследствие наличия гигантской опухоли брюшной полости (окружность брюшной стенки на умбиликальном уровне = 52см), опухолеассоциированным интоксикационным синдромом (лихорадка до 38, истощение – в возрасте 1 года вес = 8кг), хронической анемией тяжелой степени, развитием дыхательной недостаточности – 1-2степени (кряхтящее дыхание, периоральный цианоз), снижение рефлексов с нижних конечностей.

КТ ОБП+ОГК с в/в контрастом: распространённый злокачественный процесс: опухоль 13x13x14см забрюшинного пространства с распространением в заднее средостение (вплоть до ретрокардиального пространства с распространением в левый гемиторакс) и в

полость позвоночного канала с компрессией спинного мозга на уровне Th9-12, поражены оба надпочечника, поражены забрюшинные л/узлы, в структуре опухолевого конгломерата все основные магистральные сосуды брюшной полости и грудной клетки с их ветвями, подковообразная аномалия развития почек: левая почка гидронефротически трансформирована и не выделяет контраст (атрофия от давления опухолью), правая почка – имеет полное удвоение в виде дополнительного верхнего сегмента с ЧЛС и мочеточником, опухолеассоциированный 2х сторонний плеврит (умеренный). Лабораторно – резко выраженные признаки опухолевого клеточного распада в виде повышения уровня ЛДГ = 3250 Ед/л (норма до 250). Креатинин на нормальных цифрах = 40мкмоль/л. Анемия Нв = 95г/л. Общий белок = 61г/л (норма от 65 до 85).

Вопросы: 1. Предположительный диагноз. 2. Дополнительные методы диагностики для определения группы риска. 3. Выбор лечебной тактики. 4. Диспансерное наблюдение.

### **Задача №31 (Острый лимфобластный лейкоз, Т- клеточный вариант,**

ован.

При поступлении состояние ребенка тяжелое. Резко выражены симптомы интоксикации. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, на конечностях многочисленные экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные лимфатические узлы размерами до 2,5см, подвижные, безболезненные; подмышечные, паховые лимфатические узлы до 1,5см в диаметре. В легких дыхание везикулярное, в нижних отделах справа ослаблено, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень + 4,0 см, селезенка + 2,0 см ниже края реберной дуги. Отмечается ригидность затылочных мышц, положительный симптом Кернига. Общий анализ крови: Нв-86г/л, Эр-  $3,2 \times 10^{12}/л$ , Тромб. – единичные, Лейк.  $-208 \times 10^9/л$ , бласты – 76%, п/я – 1%, с – 4%, л- 19%, СОЭ- 35мм/ч. Миелограмма: костный мозг клеточный, бластные клетки - 96%, нейтрофильный росток – 3%, эритроидный росток – 1%, мегакариоциты – не найдены. Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластных клеток, реакция на миелопероксидазу и судан отрицательная. Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки. Исследование ликвора: цитоз -200/3, белок -960мкмоль/л, реакция Панди- +++ , бласты- 100%.

Вопросы: 1. Поставьте диагноз согласно принятой классификации. 2. Обоснование диагноза? 3. Назовите основные этапы лечения этого заболевания. 4. Что явилось причиной развития неврологической симптоматики? 5. Объясните патогенез клинических симптомов.

### **Задача №32. (Лимфогранулематоз, стадия 2В)**

Девочка И. 15 лет поступила в стационар с жалобами матери на увеличение шейных лимфатических узлов, навязчивый непродуктивный кашель. Из анамнеза известно, что 1 месяц назад у ребёнка заметили увеличение шейных лимфатических узлов. Врачом-педиатром участковым поставлен диагноз: «шейный лимфаденит». Больная получала антибактериальную терапию без эффекта, затем получила курс УВЧ-терапии, после чего отмечался прогрессирующий рост лимфатических

узлов, самочувствие ребёнка значительно ухудшилось. Периодически отмечаются подъёмы температуры до 38,5 °С, сопровождающиеся ознобом, ребёнка беспокоят проливные ночные поты, кожный зуд, появился кашель, боли за грудиной, ребёнок похудел более чем на 10% за последние 3 месяца.

При осмотре: состояние тяжёлое, самочувствие страдает: снижен аппетит, беспокойный сон. Обращает на себя внимание изменение конфигурации шеи. Пальпируется конгломерат лимфатических узлов на шее слева, общим размером 5,0×7,0 см, внутри него пальпируются отдельные лимфатические узлы размером 1,0–1,5 см, не спаянные между собой и окружающей клетчаткой, плотные, безболезненные при пальпации, без признаков воспаления. Другие группы периферических лимфатических узлов не увеличены. В лёгких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца несколько приглушены, ритмичные. Границы сердца расширены в поперечнике. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезёнка не пальпируются. Общий анализ крови: Нв – 132 г/л, эритроциты –  $4,5 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты –  $495 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $8,4 \times 10^9$ /л, палочкоядерные – 4%, сегментоядерные – 72%, эозинофилы – 1%, лимфоциты – 20%, моноциты – 3%, СОЭ – 37 мм/час. Пунктат шейного лимфатического узла: обнаружены клетки Березовского-Штернберга. Рентгенограмма органов грудной клетки: расширение срединной тени за счёт увеличенных внутригрудных лимфатических узлов. УЗИ органов брюшной полости: печень, селезёнка, поджелудочная железа однородной структуры, увеличенных лимфатических узлов в брюшной полости не обнаружено.

Миелограмма: костный мозг – клеточный, бласты – 0,2%, нейтральный росток – 65%, эритроидный росток – 21%, лимфоциты – 8%, эозинофилы – 6%, мегакариоциты – 1 на 200 миелокариоцитов.

Вопросы: 1. Предположительный диагноз и его обоснование. 2. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента (согласно Федеральным клиническим рекомендациям). 3. Принципы лечения. 5. Поздние осложнения после лечения.

**Задача №33 (Острый лимфобластный лейкоз, Т-клеточный вариант. Период развёрнутой клинической картины картины. Нейролейкоз (парез лицевого нерва, гипертензионный синдром).)**

Мать с ребенком 5 лет на приёме у врача-педиатра участкового жалуется на слабость, головные боли, рвоту в утренние часы, асимметрию лица у сына. Анамнез заболевания: 2 месяца назад перенес ОРВИ. После этого, со слов мамы, появилась асимметрия лица, слабость. Лечение у врача-невропатолога эффекта не дало. Последние 3-4 дня ребёнка беспокоит головная боль с утра, рвота.

При объективном осмотре: состояние тяжёлое, вялый. Кожные покровы бледноватые, на конечностях экхимозы. Пальпируются подчелюстные, шейные подмышечные, паховые лимфатические узлы размерами до 1,5 см в диаметре, подвижные, болезненные. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичны, короткий систолический шум на верхушке, в точке Боткина. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1,5 см выступает из-под края рёберной дуги, безболезненная, средней плотности. Селезёнка не пальпируется. Ригидность затылочных мышц. Симптом Кернига слабо положительный с обеих сторон. Общий анализ крови: Нв – 62 г/л, эритроциты –  $1,9 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты – единичные, лейкоциты –  $208 \times 10^9$ /л,

бласты – 76%, палочкоядерные – 1%, сегментоядерные – 4%, лимфоциты – 19%, СОЭ – 64 мм/ч.

Миелограмма: костный мозг гиперплазирован, бласты – 96%, нейтрофильный росток – 3%, эритроидный росток – 1%, мегакарициты – не найдены. Цитохимическое исследование костного мозга: ШИК-реакция гранулярная в 95% бластов, реакция на миелопероксидазу и судан– отрицательная. Иммунологическое исследование костного мозга: выявлены маркеры зрелой Т-клетки.

В ликворе: цитоз – 200/3, белок – 960 ммоль/л, Панди+++, бласты – 100%. Вопросы: 1. Предположительный диагноз. Критерии диагноза. 2. Обоснуйте поставленный Вами диагноз. 3. Составьте и обоснуйте план дополнительного обследования пациента. 4. Назовите основные этапы лечения данного заболевания. 5. Диспансеризация больных с данной патологией.

### **Задача №34 (Лимфома Ходжкина)**

К участковому педиатру обратилась мать ребёнка 10 лет с жалобами на слабость, утомляемость, плохой аппетит, выраженную потливость, кожный зуд, увеличение шейных, подмышечных лимфоузлов, периодические боли в животе. Данные симптомы появились примерно 1,5 месяца назад. Температура 37,2-37,5С<sup>о</sup> в течение 2-х недель. За последние месяцы ребёнок заметно похудел.

При осмотре состояние удовлетворительное, в контакт вступает активно. Кожа чистая, нормальной окраски. Увеличение шейных лимфатических узлов справа до 2-2,5 см, один узел – 3 см в диаметре. Подмышечные лимфатические узлы – 1,5-2 см. Лимфатические узлы плотно-эластичной консистенции, безболезненные, неспаиваются между собой и с окружающими тканями. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 94 в мин. АД – 110/60. Живот мягкий, безболезненный, печень у края рёберной дуги, селезёнка выступает из под края рёберной дуги на 1 см, эластичная. Стул оформленный, ежедневно.

Клинический анализ крови : Hb - 120 г/л, RBC - 4,4x10<sup>12</sup>, MCH – 27,3 пг, Ht – 40%, MCV – 90,9 фл, MCHC – 30,0 г/л, WBC – 8,9x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 22 мм/ч, лейкоцитарная формула: л – 23%, п – 5%, с- 58%, э – 9%, м- 5%, PLT - 230x10<sup>9</sup> /л

Вопросы: 1. Предположительный диагноз. 2. Составьте план обследования для уточнения диагноза. 3 Дифференциальная диагностика. 4. Тактика лечения и дальнейшее наблюдение.

### **Задача №35 (Первичный гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз)**

Девочка, 9 мес.

Анамнез жизни : Ребенок от 1 физиологической беременности. Родилась в срок, с массой 3080,0 гр, дл 53 см. В родах обвитие пуповиной, закричала после обрызгивания водой. К груди приложена в род. зале, сосала активно. На грудном вскармливании до 9 мес, прикорм с 6 мес. До 8 мес росла и развивалась хорошо. Привита по плану. Медикаментозной и пищевой аллергии нет.

Перенесенные заболевания: 3 раза ОРВИ, на 1 месяце жизни- гнейс, наблюдалась у невролога по поводу церебральной ишемии 1 ст.

Анамнез заболевания: Через 3 недели после перенесенной ОРВИ ( повышение температуры до 38, недомогание) появилось опухание левой ручки в течение 1-2 дней,



затем- правой, периодически- повышение температуры до 38.0. Госпитализирована в больницу на обследование. В ан крови выявлено снижение гемоглобина до 100 г/л, лейкоцитоз (  $10,0 \times 10^9/\text{л}$  ), лимфоцитов- 72 %, СОЭ- 5 мм/ч, Через неделю - Нв- 96 г/л, тромбоцитопения (  $80,0 \times 10^9/\text{л}$  ), лейкоцитов-  $6,9 \times 10^9/\text{л}$  ( 7% бластных ). Рентгенологически - очаг деструкции в 1/3 левой лучевой кости. Осмотрена фтизиатром ( заключение : неспецифический воспалительный процесс). Проведено лечение : сульперазон, Супрастин, найз. Состояние не улучшалось. Ребенок стал вялым, не становится на ножки, держится повышенная температура. Для решения вопроса о причине заболевания переведена в гематологическое отделение(на 5-й неделе от начала заболевания).

При поступлении в гематологическое отделение состояние тяжелое, ребенок вялый, самостоятельно не сидит, отказывается от еды и питья, сонлив, кожа бледная, тургор и эластичность тканей снижена. Подкожный жировой слой истончен на туловище и конечностях, на коже рук мелкие ( до 5 мм) экхимозы. Периферические лимфоузлы: единичные шейные до 0,5-1 см. В верхней трети левого предплечья плотный инфильтрат около 3 см диаметром, умеренно болезненный , кожа над ним не изменена.

Дыхание пуэрильное, ослаблено в нижних отделах, умеренное тахипное, до 40 в 1 мин. Тоны сердца слегка приглушены, легкий систолический шум на верхушке. Пульс ритмичный 120 уд. в 1 мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот при пальпации мягкий , безболезненный. Печень плотной консистенции, выступает из-под края реберной дуги до 4,5 см. Селезенка + 1-1,5 см. Стул к/образный, диурез адекватный.

Очаговых и менингеальных симптомов нет. Наружные половые органы сформированы правильно.

Вопросы: 1. Предположительный диагноз. 2. Перечень болезней для дифференциальной диагностики? 3. Стандарт обследования?

### **Задача №36 (Первичный гемофагоцитарный лимфогистиоцитоз ?)**

Мальчик – 3,5 мес. госпитализирован в отделение с жалобами на непостоянную фебрильную лихорадку, жидкий стул, увеличение печени и селезенки.

Анамнез жизни: Родился 3 –м ребенком в семье, от 3 –й беременности. Беременность протекала без токсикоза. На 8 – м месяце беременности у мамы была травма (ДТП – во время аварии находилась на пассажирском сидении), сознание было сохранено, по данным УЗИ выявлены гематомы в области малого таза и правого плеча. Во время родов – обнаружены зеленые околоплодные воды. Масса при рождении – 3300,0 гр. Закричал сразу, к груди приложен в родильном зале. Грудь взял при первом прикладывании. Сосал хорошо. Грудное вскармливание до 2,5 мес. Профилактические прививки: БЦЖ и против гепатита В; Наследственность не отягощена. Психомоторное развитие соответствует возрасту.

Анамнез заболевания: После 2-х недель жизни, когда у мамы развился острый периодонтит, провели экстракцию коренного зуба и лечение антибиотиками в течение 5 дней, характер стула у ребенка изменился – стал с примесью слизи, темно-зелёного цвета. Также у ребенка отмечалось повышение температуры тела до 37.4 С, в общем анализе крови снижение Нв - до 78 г/л, тромбоциты –  $100,0 \times 10^9/\text{л}$ ; в анализе кала на дисбактериоз: *klesiella pneumonia*, *staphylococcus aureus*. Госпитализирован в инфекционное отделение, где проводилась антибактериальная терапия, переливание эритроцитарной массы, СЗП. Состояние не улучшалось, присоединилась высокая

лихорадка, нарастала гранулоцитопения и тромбоцитопения, отмечалось увеличение печени (+5-6см) и селезенки(+ 8см), плотной консистенции. Обследован на маркеры вирусов гепатита, ЦМВ, герпес 1,2,6 типов,ЭБВ – результат отрицательный. При рентгенографии органов грудной клетки выявлена правосторонняя верхнедолевая пневмония. Получал цефтриаксон, амикацин, меронем, противогрибковый препарат в/в (флукорус). Через 7 дней пневмония разрешилась. Для выяснения причины гепатоспленомегалии переведен в гематологическое отделение.

При поступлении: состояние тяжелое по основному заболеванию. Сознание сохранено, мальчик правильного телосложения, нормального питания, масса 6700,0. На осмотр реагирует улыбкой. Грубой неврологической симптоматики не выявлено. Кожные покровы бледные, геморрагического синдрома нет. Язык густо обложен белым налетом. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Большой родничок открыт, не выбухает. В легких дыхание пуэрильное, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги до 6 см, эластичная, подвижная. Селезенка + 8см, доходит до средней линии живота, нижний край у гребешка подвздошной кости, плотной консистенции.

Диурез не нарушен. Менингеальных и очаговых симптомов не выявлено.

Лабораторные показатели:

- периферическая кровь: Нв 73г/л, Лейкоциты  $3,2 \times 10^9$ /л, гранулоцитов  $0,4 \times 10^9$ /л, Нт 20,6%, эритроцитов  $2,39 \times 10^{12}$ /л, тромбоцитов  $23,0 \times 10^9$ /л, MCV 86,3fl, MCH 30,8pg, MCHC 357g/l. СОЭ 10 мм/час, с.10 мон.18 лимф. 72.

- коагулограмма: процент протромбина 72,3, тромбиновое время 24 сек, АЧТВ 43,6 сек, содержание фибриногена по Клауссу 1,1 г/л, Д-димер 4, 29мкг/мл.

- сывороточное железо 18,9 мкм/л, ферритин сыворотки 567,7 мг/л, АЛТ 30,9е/л, АСТ 39,4е/л, билирубин общ. 10,2 мкм/л, общ. белок 63,6г/л, креатинин 28,2мкм/л, мочевины 3,3 мм/л, ЛДГ – 212,2е/л

- костный мозг – бластной пролиферации нет. Все ростки представлены. Умеренное раздражение эритроидного ростка.

Вопросы: 1. Оцените особенности течения беременности и родов. 2. Выявите неблагоприятные факторы. 3. Какие ведущие клинические симптомы при осмотре ребенка. 4. Оцените анализ периферической крови и пунктат костного мозга. 5. Оцените биохимические показатели и гемостаз. 6. Предположительный диагноз. 7. Перечень болезней для дифференциальной диагностики. 8. Какие дополнительные методы исследования необходимо выполнить.

### **Задача №37 (Лимфогранулематоз (лимфома Ходжкина))**

Мальчик 7 лет: Госпитализирован в отделение с жалобами на лихорадку до фебрильных цифр, увеличение шейных л/узлов.

Анамнез жизни: ребенок от II-й беременности, протекавшей без патологии. Роды II-е, в срок, самостоятельные. Вес 3050. Рос и развивался хорошо. Привит по календарному плану. Детскими инфекциями не болел, травм и операций не было, в 1 год ОКИ, в 2 года аллергический дерматит. Лекарственной непереносимости нет. Детскими инфекциями не болел. Травм и операций не было. Наследственность не отягощена.

Анамнез заболевания: 9 месяцев тому назад у мальчика отмечаются эпизоды повышения температуры до субфебрильных цифр, каждые две недели. Данные эпизоды не связаны с ОРВИ, самочувствие при этом не страдало. В анализах крови периодически ускорение СОЭ и обнаружены IgM-антитела к EBV в диагностическом титре.

Спустя 1 мес. мальчик был проконсультирован гематологом по поводу увеличения шейных и затылочных л/узлов, в лечении получал компрессы с димексидом, отмечалась положительная динамика в виде уменьшения размеров л/узлов. Однако у ребенка сохраняются эпизоды повышения температуры каждые две недели. Обследован на малярию — результат отрицательный. При исследовании микрофлоры ЛОР органов выявлен рост Staph.aureus, Acinetobacter junii, антитела класса IgG к EBV, антитела класса IgG к Mycoplasma pneumoniae. Проводилась противовирусная и симптоматическая терапия. Улучшения не отмечено.

Повторный осмотр гематолога после проведенного лечения: выявлено увеличение л/узлов в н/з шеи, слева около 1 см в диаметре, единичные, подвижные, эластичные, безболезненный, по другим группам л/узлы не увеличены. Печень и селезенка у края реберной дуги.

Лабораторно: анализ крови - Нв 123г/л Эрит 4.80x 10/л ретик. 3 ‰ Лейк. 7.7 x 10/л (с/я 47 э 1 б 1 м 8 л 43) тромб 234 x 10/л СОЭ 12 мм/ч MCV 74 MCH 25.6 - ЛДГ 415 Е/л - СРБ 36.15 мг/л

На рентгенографии ОГК: снимок в неправильной укладке, за счет этого трахея смещена влево, однако полностью нельзя исключить увеличение паратрахеальных л/узлов. Легкие без очаговых и инфильтративных теней. Легочный рисунок не усилен. Корни структурны. Диафрагма не изменена. Плевральные синусы свободны. Костно деструктивных изменений не определяется. Рентгеновский снимок был проконсультирован в отделении лучевой диагностики - убедительных данных за увеличение л/узлов нет. Рекомендован динамический контроль.

УЗИ брюшной полости: печень не увеличена, эхогенность и структура паренхимы обычные. Желчный пузырь 5.5x2.0см, гомогенный. Холедох 0.3 см, v.portae 0.8см. Почки без особенностей. Селезенка умеренно увеличена до 10.5x5.0см, однородна, структурна. Ближе к воротам определяется добавочная селезенка — 1,9x1,4 см. Признаков увеличения забрюшинных л/узлов не определяется.

Таким образом, учитывая клиническую картину (единичные шейные л/узлы), данные анамнеза (обнаружение антител к EBV) результаты лабораторного обследования (на текущий момент отсутствие убедительных данных за ЛПЗ), ребенку был выставлен диагноз Реактивный шейный лимфаденит.

Повторно мальчик осмотрен гематологом через 2 месяца. У ребенка сохранялась лихорадка в течении нескольких дней, каждые 2 недели. Объективно размер шейных л/узлов слева прежний, по другим группам не увеличены, по данным УЗИ брюшной полости картина остается стабильной. Лабораторно нормализовался уровень СРБ, в общем анализе крови без патологических изменений, СОЭ 11 мм/ч. Рекомендовано динамическое наблюдение.

Мальчик был обследован в г. Смоленске, по данным ЭЭГ выявлен очаг высокой эпилептической активности. В лечение назначен финлепсин, на этом фоне ребенок перестал лихорадить сохранялось хорошее самочувствие.

На 9-м мес. от начала заболевания у ребенка лихорадка на фебрильных цифрах, получает азитромицин, но сохранялась высокая температура. По данным УЗИ брюшной полости выявлена спленомегалия, образование в воротах селезенки. Ребенок переведен в ДОГЦ.

При поступлении состояние средней тяжести, за счет основного заболевания. Лихорадит до фебрильных цифр. Слизистые чистые, влажные. В н/3 шеи справа, ближе к яремной ямке пальпируется конгломерат л/узлов, около 3 см в диаметре, плотный, подвижный, не спаян с окружающими тканями. Слева шейные л/узлы цепочкой от 0.5 до 1 см в диаметре, эластичные. По другим группам пальпируются мелкие л/узлы. Правая половина грудной клетки выбухает в верхних отделах. В легких дыхание везикулярное, ослабленное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень у края реберной дуги, селезенка + 8 см из-под реберной дуги, плотной консистенции, подвижная. Физиологические отправления не нарушены.

Вопросы: 1. Выделите основные клинические симптомы на протяжении первых 8 мес. болезни. 2. Каким заболеванием болел ребенок на протяжении 8 мес. 3. Какие ошибки были допущены при оценке рентгенографии органов грудной клетки и по данным УЗИ брюшной полости. 4. Перечень болезней для дифференциальной диагностики при выявлении локального увеличения лимфатических узлов в области шеи слева? 5. Дополнительное обследование в этом периоде болезни. 6. Стандарт диагностики с целью окончательной верификации диагноза на 9-м месяце болезни.

### **Задача №38 (Миелобластный лейкоз)**

Девочка 12 лет, госпитализирована в детское отделение с жалобами на высокую лихорадку (до 39,4), головную боль, артралгии, повторные эпизоды носового кровотечения, кровоизлияния на коже.

Анамнез жизни: Родилась 2-м ребенком в семье, срок гестации 39 недель. Роды оперативные, т.к. у роженицы открылось кровотечение. Масса при рождении 3270,0. Период новорожденности протекал без особенностей. На грудном вскармливании до 7 мес. Психомоторное развитие по возрасту. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана.

Перенесенные заболевания: ОРЗ редко. В возрасте 10 лет проводилось превентивное лечение туберкулеза по контакту с мамой, заболевшей туберкулезом легких.

Анамнез заболевания: Заболевание началось 3 недели назад с умеренных катаральных симптомов со стороны верхних дыхательных путей, субфебрильной температуры. Проводилось симптоматическое лечение, девочка продолжала посещать школу. Через 2 недели от первых симптомов болезни стали возникать кратковременные эпизоды носового кровотечения и кровоизлияния на коже. На 21 день от начала заболевания возникло повышение температуры до 39,4, резко ухудшилось общее состояние: усилилась геморрагическая сыпь на коже, обильное носовое кровотечение, головная боль, артралгии. Девочка направлена на стационарное лечение.

При поступлении: Состояние тяжелое, плохо контактная, на вопросы отвечает замедленно, неохотно. Девочка правильного телосложения, удовлетворительного питания. На коже всего тела, на фоне выраженной бледности, обильная мелкая геморрагическая сыпь с васкулитным компонентом. На туловище и по латеральной поверхности плечей обширные экхимозы, по наружной поверхности бедер обширные гематомы, на слизистой губ множественные кровоточащие трещины с элементами некрозов, по задней стенке глотки

стекает свежая кровь. Слизистая полости рта чистая, бледная. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны отчетливые, тахикардия. Пульс 100 ударов в 1 мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/80 мм рт ст.

Живот мягкий, безболезненный, печень и селезенка не увеличены. Стул оформлен, диурез снижен.

Лабораторные показатели:

- Анализ крови: Л.  $2,4 \times 10^9$ /л, гранулоциты  $0,9 \times 10^9$ /л, Нв 56г/л, Нт 14,9%, эритроц.  $1,80 \times 10^{12}$ /л, тромбоциты  $9,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 45 мм/час., ретикулоцитов 38%, промиелоциты бл. 16%, п.2 с.22 мон.4 лимф.56. В мазке крови – фрагментированные эритроциты.
- Биохимия крови: АЛТ 7,6е/л, АСТ 14,1е/л, г-гт 10,2е/л, ЛДГ 311,9е/л, билирубин общ. 13,7мкм/л, креатинин 61,3 мкм/л мочевины 5,6 мм/л, мочевины 285,7мкм/л, СРБ 9,6 мг/л.
- Коагулограмма: процент протромбина 68,3%, тромбиновое время 14,9 с, АЧТВ 27,8 с, количество фибриногена по Клауссу 1,7г/л, РФМК резко положит., Д-димеры 25 мкг/мл.
- Миелограмма: тотальная метаплазия крупными бластами с выраженной крупной зернистостью, перекрывающей ядро. МГКЦ не обнаружены.
- Цитохимические реакции: миелопероксидаза и липиды резко положит. PAS-реакция на гликоген положит. В диффузной форме.
- Иммунофенотипирование: преимущественная экспрессия на опухолевых клетках – CD13, CD 33.

Вопросы: 1. Предположительный диагноз. 2. Перечень болезней для дифференциальной диагностики. 3. Стандарт обследования.

### **Задача №39 (Острый монобластный лейкоз)**

Девочка 3 года, госпитализирована в стационар с жалобами на высокую лихорадку, нарастающую бледность кожных покровов, слабость.

Анамнез жизни: Девочка от 3-й беременности, 2-х родов. Родилась в срок, масса при рождении 3200,0, беременность и роды протекали без особенностей. От 1-й беременности мальчик 13 лет, здоров, вторая беременность закончилась выкидышем на раннем сроке.

Закричала сразу, к груди приложена сразу после рождения. Период новорожденности протекал без осложнений. На грудном вскармливании до 1,5 лет. Росла и развивалась хорошо. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ в 1,5 года.

Наследственность: Родители здоровы. У дедушки по линии отца сахарный диабет 2-го типа, ожирение.

Анамнез заболевания: За 2 мес. до госпитализации родители стали замечать постепенно нарастающую бледность кожных покровов, а последние 2 недели состояние ухудшилось:

возникла непостоянная высокая лихорадка до 39°C без катаральных явлений, однако отмечалась гиперемия и гиперплазия десен, без кровоточивости. Лечилась под наблюдением участкового педиатра сумамедом, однако состояние не улучшалось. В контрольном анализе крови выявлено снижение Нв до 96,0г/л, тромбоцитов 140,0x10<sup>9</sup>/л, лимфоцитоз. Направлена на стационарное обследование и лечение.

При поступлении: состояние средней тяжести, но девочка активна. Выражена бледность кожных покровов и слизистых, единичные мелкие экхимозы на голених. Десна гиперемированы, слегка нависают над зубами. Периферические лимфатические узлы мелкие, единичные. Умеренная одышка, число дыханий в 1 мин.-38, при аускультации - бронхиальное, выслушивается шум трения плевры над всей поверхностью легких. Тоны сердца отчетливые, систолический шум на верхушке, пульс 112 уд. в 1 мин.

АД 100/60 мм. рт. ст. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см., селезенка не пальпируется.

- Клинический ан. крови: Л.3,0x10<sup>9</sup>/л, эритроц. 2,70x10<sup>12</sup>/л, Нв 71,0г/л, тромбоц. 60,0x10<sup>9</sup>/л, СОЭ 60 мм/час. п.1, с.1, мон.1, лимф.44, бластные - 53%.
- Биохимия крови: общ.белок 63,1г/л, АЛТ 9,3е/л, АСТ 18,0е/л, ЛДГ 663,3е/л, Г-ГТ 7,0е/л, щелочная фосфатаза 140,4е/л, глюкоза 4,99мм/л, билирубин общ.4,7мкм/л, мочевины 2,1мм/л, креатинин 43,4 мкм/л, СРБ 15,27 мг/л, Са 2,11 мм/л.
- Ликвор – прозрачн., бесцветн., Цитоз 1 кл в 1 мкл, белок 0,2 г/л.
- Пунктат костного мозга - тотальная метаплазия бластными клетками.

Морфологические черты бластных клеток моноцитарной линии дифференцировки.

- Цитохимические исследования: миэлопероксидаза – реакция не пошла по техническим причинам; Судан (липиды) выявляется в 63% бластных клеток, имеет локальный характер; PAS(гликоген) - выявляется в единичных бластах в виде немногочисленных гранул; неспецифическая эстераза выявляется в виде пятногранул в большинстве лейкемических клеток, чувствительна к действию NaF.

Вопросы: 1. Клинический диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Стандарт обследования. 4. План лечения. 5. Диспансерное наблюдение. 6. Прогноз.

**Задача №40 (Острый бифенотипический лейкоз (монобл.5a+T), период развернутых клинических проявлений, лейкемическая инфильтрация легких, почек; период развернутых клинических проявлений, высокий риск)**

Девочка 4-х лет госпитализирована в стационар с жалобами на высокую лихорадку, нарастающую бледность кожных покровов, слабость.

Анамнез жизни: Девочка от 5-й беременности, 1-х родов. Родилась в срок, масса при рождении 2900,0, беременность и роды протекали без особенностей.

Закричала сразу, к груди приложена в первый час после рождения. Период новорожденности протекал без осложнений. На грудном вскармливании 1 года. Росла и развивалась хорошо.

Анамнез заболевания: За 4 мес. до госпитализации родители стали замечать постепенно

нарастающую бледность кожных покровов, а последние 2 недели состояние ухудшилось: возникла непостоянная высокая лихорадка до 39,5°C без катаральных явлений, однако отмечалась гиперемия и гиперплазия десен, без кровоточивости. Лечилась под наблюдением участкового педиатра, однако состояние не улучшалось. В контрольном анализе крови выявлено снижение Нв до 91,0г/л, тромбоцитов 130,0x10<sup>9</sup>/л, лимфоцитоз. Направлена на стационарное лечение.

При поступлении: состояние средней тяжести, но девочка активна. Выражена бледность кожных покровов и слизистых, единичные мелкие экхимозы на голених. Десна гиперемированы, слегка нависают над зубами. Периферические лимфатические узлы мелкие, единичные. Умеренная одышка, число дыханий в 1 мин.-38, при аускультации - бронхиальное, выслушивается шум трения плевры над всей поверхностью легких. Тоны сердца отчетливые, систолический шум на верхушке, пульс 100 уд. в 1 мин.

АД 101/50 мм. рт. ст. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3,5 см., селезенка не пальпируется.

Лабораторные данные:

- Клинический ан. крови: Л.3,0x10<sup>9</sup>/л, эритроц. 2,70x10<sup>12</sup>/л, Нв 71,0г/л, тромбоц. 60,0x10<sup>9</sup>/л,СОЭ 60 мм/час. п.1, с.1, мон.1, лимф.44, бластные кл. 53%.
- Биохимия крови: общ.белок 63,1г/л, АЛТ 9,3е/л, АСТ 18,0е/л, ЛДГ 663,3е/л, Г-ГТ 7,0е/л, щелочная фосфатаза 140,4е/л, глюкоза 4,99мм/л,билирубин общ.4,7мкм/л, мочевины 2,1мм/л, креатинин 43,4 мкм/л, СРБ 15,27 мг/л, Са 2,11 мм/л.
- Ликвор – прозрачн., бесцветн., Цитоз 1 кл в 1 мкл, белок 0,2 г/л.
- Пунктат костного мозга - тотальная метаплазия бластными клетками.

Морфологические черты бластных клеток моноцитарной линии дифференцировки.

- Цитохимические исследования: миелопероксидаза – реакция не пошла по техническим причинам; Судан(липиды) выявляется в 63% бластных клеток, имеет локальный характер; PAS(гликоген) - выявляется в единичных бластах в виде немногочисленных гранул; неспецифическая эстераза выявляется в виде пятен-гранул в большинстве лейкоцитарных клеток, чувствительна к действию NaF.
- Иммунологическое исследование: МПО 24%; Экспрессия CD 7 96%, CL56 96%, CD11b 51%, CD 13 33%, CD 33 90%, CD117 65%, CD38 90%, CD3 49%;

Вопросы:1. Клинический диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Стандарт обследования.

#### **Задача №41 (Острый лимфобластный лейкоз)**

Девочка 7 лет, госпитализирована в отделение на 8-й день от начала заболевания с жалобами на слабость, тошноту, рвоту, боли в ногах и руках плохой аппетит, нарастающую бледность кожных покровов.

Анамнез жизни: Девочка родилась 1-м ребенком в семье, от здоровых родителей. Беременность и роды протекали без осложнений. Масса при рождении 3770,0. На грудном вскармливании до 1,5 лет. Росла и развивалась хорошо. Профилактические прививки

проводились согласно календарного плана. Из перенесенных болезней отмечает ОРВИ 2-3 раза в год, ОКИ.

Анамнез заболевания: 8 дней назад у девочки повысилась температура тела до 39°C, без катаральных явлений, головная боль, почти одновременно появились боли в руках и ногах по типу артралгий. На фоне жаропонижающих препаратов появилась склонность к образованию синяков, температура оставалась в пределах 37,8. На 8-е сутки от начала заболевания выполнен анализ крови, где выявлен лейкоцитоз около 207 тысяч, тромбоцитопения-106 тыс и лимфоцитоз. Направлена на стационарное лечение.

При поступлении: состояние тяжелое за счет выраженных симптомов интоксикации, девочка вялая, беспокоит головная боль, выражена бледность кожных покровов, гиперэстезия. По всему телу необильная петехиальная сыпь, на коже верхних и нижних конечностей – экхимозы. Пальпируются шейные и подмышечные лимфатические узлы до 1,5 – 2,5 см в диаметре, паховые и бедренные – до 1 см, множественные, безболезненные, плотной консистенции. Суставы не изменены. Дыхание везикулярное, одышки нет, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца отчетливые, тахикардия до 105 в 1 мин, АД 97/75 мм рт ст. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка плотной консистенции, выступают из-под края реберной дуги до 7 – 8 см.

В анализе периферической крови – Нв. 155г/л, Нт 29,6%, эритроц.  $3,39 \times 10^{12}$ /л, Лейкоц.  $603,0 \times 10^9$ /л, гранулоцитов в 1 мкл 1200, лимфоцитов в 1 мкл – 1200, СОЭ 3 мм/час., тромбоц.  $62,0 \times 10^9$ /л, бластов 90%.

Биохимия крови: АСТ 351,4 е/л, ЛДГ 11735 е/л, билирубин общ. 17,8 мкм/л, мочевиная кислота 1201,8 мкм/л, креатинин 121,1 мкм/л, мочевиная 6,9 мм/л.

Коагулограмма- процент протромбина 48,7%, тромбиновое время 35,8с, АЧТВ 29,6сЮ, фибриноген по Клауссу 0,26г/л, Д-димер 3,0 мкг/мл.

Миелограмма: тотальная метаплазия бластными клетками типа лимфобластов (мезогенерации), цитохимические реакции: МПО и липиды отрицат. PAS – материал в виде гранул и блоков.

Иммунофенотип- экспрессия антигенов на опухолевых клетках: CD 3, CD2, CD5, CD7, CD 38., что соответствует: пре-Т тип, Т- II- кртикотимоцитарный тип.

Ликвор – цитоз 2/3, белок 0,2г/л.

Вопросы: 1. Клинический диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Стандарт обследования.

### **Задача №42 (Болезнь Ходжкина)**

Девочка, 14 лет, поступила в отделение с жалобами на увеличение шейных лимфоузлов, кожный зуд.

Анамнез заболевания: На протяжении последних двух месяцев девочку беспокоит кожный зуд в области предплечий и нижних конечностей. Лечилась у дерматолога различными мазями, но улучшения не было. На этом фоне появилась непостоянная фебрильная лихорадка с повышением температуры тела до 38,5 на протяжении трех дней, затем субфебрильная, ухудшился аппетит. В это же время девочка обнаружила увеличение лимфатических узлов в области шеи. Были назначены антибиотики, местно –



аппликации димексида. Улучшения не отмечено. Направлена на стационарное лечение.

Анамнез жизни: Родилась 1-м ребенком в семье, от 3-й беременности, масса при рождении 3200,0. Находилась на грудном вскармливании до 6 мес. Росла и развивалась хорошо. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана. Наследственность не отягощена. Перенесенные болезни: ОРВИ, ветряная оспа, двусторонняя пневмония в возрасте 11 лет. Девочка наблюдается психологом по поводу повышенной тревожности.

При поступлении: Состояние средней тяжести, умеренная бледность кожных покровов. По передней поверхности живота, в области верхних и нижних конечностей множественные глубокие расчесы с экскориацией. В области шеи с обеих сторон пальпируются переднее-шейные лимфоузлы от 1,5 до 2,5 см, заднешейные справа, надключичные с обеих сторон, больше справа, размером до 3 см, различной величины и плотности, не спаяны между собой и с окружающими тканями, безболезненные. Слизистая полости рта чистая. Миндалины не гипертрофированы. Дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости не расширены, тоны сердца отчетливые, пульс 80 ударов в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 100/60 мм рт. ст. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

Масса тела 59кг, рост 169см., поверхность тела 1,7м<sup>2</sup>;

Вопросы: - Выделите ведущие клинические симптомы при поступлении; - перечислите возможные причины выраженного кожного зуда; - для какой болезни будет характерно сочетание кожного зуда, лихорадки и увеличения лимфатических узлов; - перечислите группировку лимфаденопатий в детском возрасте; - к какой группе лимфаденопатий относится описанный характер увеличенных лимфатических узлов; - сформулируйте предположительный клинический диагноз; - какое обследование необходимо провести с целью верификации диагноза; - стандарты диагностики клинической стадии; - приведите гистологическую классификацию данного заболевания; - какие клинические симптомы относятся к группе «В».

#### **Задача №43 (Острый лейкоз?)**

Девочка 11 лет, поступила в отделение с жалобами на повышенную утомляемость, непостоянную фебрильную лихорадку на протяжении 3-х недель.

Анамнез жизни: Девочка от 2-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания, роды в срок, масса при рождении 3000,0. Период новорожденности протекал без особенностей, на грудном вскармливании до 1 года. Росла и развивалась хорошо.

Анамнез заболевания: Считает себя больной на протяжении последних 4-х недель, когда появились катаральные симптомы со стороны верхних дыхательных путей, умеренная гиперемия слизистой зева, повысилась температура до 38,6°. Лечилась анафероном, состояние улучшилось, однако через 4дня вновь подъем температуры до фебрильных цифр. Лечение флемоксином без особого эффекта, лихорадка продолжалась преимущественно в вечернее время. В ан. периф. крови через 2 недели от начала заболевания отмечалась тенденция к лейкопении (2,9-2,3х10<sup>9</sup>/л). Гранулоцитопения, относительный лимфоцитоз, тенденция к тромбоцитопении (72 тыс., Нв 100г/л). Принимала лейкопид, а затем была направлена на консультацию к гематологу. При поступлении состояние средней тяжести, умеренная бледность кожных покровов с

восковидным оттенком, единичный экхимоз в области правого предплечья до 0,5 см, умеренная гиперемия слизистой зева, пальпировались единичные заднешейные, подмышечные и паховые лимфоузлы до 0,5 – 1 см, подвижные, эластичные, безболезненные. Костно-мышечная система без патологии. Дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости не расширены, тоны сердца отчетливые, пульс ритмичный 80 уд. в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги до 2-х см., селезенка не пальпируется.

Вопросы: - Какие особенности затянувшейся лихорадки должны были насторожить врача. - Какие изменения в анализе периферической крови на 2-й недели болезни требовали консультации гематолога, а не назначения ликопида. - Какие патологические симптомы вы видите при поступлении в стационар. - О каких заболеваниях может идти речь при данной клинической картине. - Стандарт обследования для верификации диагноза. - Какое исследование будет наиболее значимым. - Оцените лабораторные данные и сформулируйте окончательный диагноз.

### **Задача №44 (Лимфома Беркитта?)**

Девочка 16 лет, с возраста 14 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки, поверхностный гастрит (Н. Pylori +) с сезонными обострениями. Последнее обострение возникло 4-е недели назад. Лечилась стационарно по месту жительства на протяжении 2-х недель. Выписана с улучшением. Однако через 2 дня после выписки девочка сама обнаружила опухолевое образование в правой подвздошной области. После повторного осмотра педиатра направлена в детское онко/гематологическое отделение.

При поступлении отмечалась умеренная бледность и сухость кожных покровов, слабость, повышенная утомляемость. Периферические лимфатические узлы не увеличены, слизистая зева чистая, миндалины не увеличены. Отмечалось увеличение размеров молочных желез с участками уплотнения до 6 x 8 см., безболезненные при пальпации. Дыхание везикулярное, границы относительной сердечной тупости не расширены, тоны сердца отчетливые. Пульс ритмичный. АД 112/60 мм.рт.ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, безболезненный. В правой пахово-подвздошной области пальпируется плотное опухолевое образование размером 5x6см., опухолевое образование в надлобковой области, наличие свободной жидкости в брюшной полости в отлогих местах. Печень и селезенка не пальпировались. Стул со склонностью к запорам. Мочеиспускание не нарушено.

В ан. периф. крови Нв 108г/л, эритроцит.  $3,41 \times 10^{10}/л$ , Лейк.  $13,3 \times 10^9/л$ , тромбоц.  $263,0 \times 10^9/л$ , бластные клетки 3, миелоц.1, метамиел.7, п.19, с.45, эоз.1, баз.2, мон.9, лимф.13, СОЭ 11 мм/час.

Биохимия крови: АСТ 121,4 е/л, АЛТ 76,4 е/л, Г-ГТ 86,3е/л, ЛДГ 2175,4е/л, щелочная фосфатаза 94,7е/л, билирубин общ.10,7 мкм/л, мочева кислота 951,6мкм/л, мочевины 5,2 мм/л, креатинин 74,6 мкм/л.

Коагулограмма: протромбиновое время 25,12 сек. Тромбиновое время 15,0 сек. АЧТВ 30,4 сек. Фибриноген 3,0г/л, РФМК положит.

Вопросы: 1. Предположительный диагноз. 2. Перечень болезней для дифференциальной диагностики. 3. Стандарт обследования для верификации диагноза. 4. Стандарт обследования для установления клинической стадии. 5. Сформулируйте клинический диагноз после обследования. 6. Основные принципы лечения.

## Задача №45 (Гемофагоцитарный синдром, ассоциированный с инфекцией)

Мальчик 4 мес.

Анамнез жизни: родился 2-м ребенком в семье, при сроке 38 недель, от 2-й беременности, протекавшей на фоне анемии у матери, ОАГА, ФПН, ЗРП 1 степени, хронический геморрой, бессимптомная бактериурия, эрозия шейки матки, миопия слабой степени, гастродуоденит вне обострения. Масса при рождении 2760,0. По шкале Апгар 8/8 баллов. Вакцинирован против гепатита В и БЦЖ.

Старшая девочка в семье – 9 лет, часто болеет ОРВИ. Период ранней неонатальной адаптации протекал без особенностей. В 1-е сутки Нв 254г/л, Л.52,2, нейтрофилез. Вскармливание грудное по требованию. Выписан из родильного стационара на 5-е сутки. Группа риска по ГПЦНС, ВУИ, анемии. Масса при выписке 2585,0.

Анамнез заболевания: первичный патронаж к новорожденному 04.12. 13г. – квартира закрыта. Повторный патронаж – 05.12.(возраст 10 дней) – состояние ребенка средней тяжести, субиктеричность. Заключение: неонатальная желтуха, неуточненная. Направлен на стационарное лечение в больницу по месту жительства, где и находился с 05. 12 по 20.12.13г.

Основные клинические симптомы: слабое сосание, отсутствие прибавки в массе, крик слабый, иктеричность, жидкий стул, Лабораторно: Нв.156г/л, в лейкоцитарной формуле умеренный лимфоцитоз, гранулоцитов 1350 в 1 мкл, билирубин повышен до 270,0мкм/л за счет непрямой фракции, аминотрансферазы не повышены. Стул желто-зеленый, жидкий, в копрограмме слизь, гной. Из кала высеяны условно-патогенные энтеробактерии K1 pneumoniae  $5 \times 10^7$ ; Гемостаз компенсирован. О тромбоцитах сведений нет. Проведено лечение цефотоксим+ гентамицин,эубиотики.

Повторное стационарное лечение с 14.01. по 20.01 по поводу ОРИ, двустороннее гидроцеле.

Нв.145г/л, лейкоцитарная формула соответствует возрасту. Пролечен цефотаксимом, интерфероном. Выписан с выздоровлением.

С 27.01.14г.повторное повышение температуры до 38С, выражены симптомы интоксикации, мраморность, стул желто-зеленого цвета с прожилками слизи, субиктеричность, повышение билирубина до 58,4мкм/л за счет непрямой фракции, повышение АЛТ и АСТ > 8 норм, снижение Нв до 104г/л, гематокрита до 19%,гранулоцитов 680 кл. в 1 мкл, тромбоцитов  $46 \times 10^9$ /л, умеренный ретикулоцитоз, эритроцитурия. Ребенок направлен в ГБУЗ»ВОДКИБ», где и находился с 28.01. 14г. по 19.02.14г. Основные клинические симптомы: фебрильная лихорадка, выражен интоксикационный синдром,нарастающая бледность кожных покровов, субиктеричность, гепатоспленомегалия, Нв снизился до 64г/л, тромбоцитов  $38,0 \times 10^9$ /л, лейкопения за счет гранулоцитопении, повышение аминотрансфераз свыше 15 норм, повышение прямого и непрямого билирубина., пунктат костного мозга без патологии. ИФА на вирусные гепатиты: HCV,HBV,CMV, герпес, Эпштейн-Барр не обнаружено. Мазки из носа и ротоглотки на респираторные вирусы – результат отрицательный. Проводилось лечение : дезинтоксикационная терапия, ВВИГ, СЗП, преднизолон в/в, антибиотики, переливалась эритроцитная масса. Однако состояние оставалось тяжелым.

За время пребывания в онко/гематологическом отделении состояние оставалось крайне тяжелым за счет интоксикационного синдрома, фебрильной лихорадки, выраженных

расстройств микроциркуляции (марморность, пастозность), бледность, субиктеричность, единичные петехии на коже, метеоризм, гепатоспленомегалия значительных размеров, тахикардия. Лабораторно: тяжелая степень анемии, лейкопения за счет гранулоцитопении, тромбоцитопения, повышение прямого и непрямого билирубина (общий билирубин в пределах 150 мкм/л, повышение аминотрансфераз в 15 раз, гамма-ГТ в 42 раза, ЛДГ в 2 раза, повышение ферритина сыворотки, снижение IgA, M, G. Повторные бак. посевы кала дают высеивание клебсиелы в титре  $10^7$ .

Вопросы: 1. Предположительный диагноз. 2. Перечень болезней для дифференциальной диагностики. 3. Стандарт обследования для верификации диагноза. 4. Основные принципы лечения.

### **Задача №46 (Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз))**

Девочка З., 14 лет. Поступила в отделение с жалобами на увеличение шейных лимфоузлов, кожный зуд.

Анамнез заболевания: На протяжении последних двух месяцев девочку беспокоит кожный зуд в области предплечий и нижних конечностей. Лечилась у дерматолога различными мазями, но улучшения не было. На этом фоне появилась непостоянная фебрильная лихорадка с повышением температуры тела до  $38,5^{\circ}\text{C}$  на протяжении трех дней, затем субфебрильная, ухудшился аппетит. В это же время девочка обнаружила увеличение лимфатических узлов в области шеи. Были назначены антибиотики, местно – аппликации димексида. Улучшения не отмечено. Направлена на стационарное лечение.

Анамнез жизни: Родилась 1-м ребенком в семье, от 3-й беременности, масса при рождении 3200 г. Находилась на грудном вскармливании до 6 мес. Росла и развивалась хорошо. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана. Наследственность не отягощена. Перенесенные болезни: ОРВИ, ветряная оспа, двусторонняя пневмония в возрасте 11 лет. Девочка наблюдается психологом по поводу повышенной тревожности.

При поступлении: Состояние средней тяжести, умеренная бледность кожных покровов. По передней поверхности живота, в области верхних и нижних конечностей множественные глубокие расчесы с экскориацией. В области шеи с обеих сторон пальпируются передне-шейные лимфоузлы от 1,5 до 2,5 см, заднешейные справа, надключичные с обеих сторон, больше справа, размером до 3 см, различной величины и плотности, не спаяны между собой и с окружающими тканями, безболезненные. Слизистая полости рта чистая. Миндалины не гипертрофированы. Дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости не расширены, тоны сердца отчетливые, пульс 80 ударов в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 100/60 мм рт. ст. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

Масса тела 59 кг, рост 169 см., поверхность тела  $1,7\text{ м}^2$ ;

Анализ периферической крови: лейкоциты  $14,4 \times 10^9/\text{л}$ , эритроциты  $4,95 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин 116 г/л, гематокрит 35,2%, тромбоциты  $457,0 \times 10^9/\text{л}$ , СОЭ 27 мм/час, сегментоядерные 79%, эозинофилы 1%, моноциты 7%, лимфоциты 13%, ретикулоциты 10%.

Биохимия крови: общий белок 78,2 г/л, альбумины 42,6 г/л, аланинаминотрансфераза 9,6 Ед/л, аспаратаминотрансфераза 15,5 Ед/л, лактатдегидрогеназа 147,2 Ед/л, щелочная

фосфатаза 167,2е/л, билирубин общий 4,9 мкмоль/л, глюкоза крови 4,74 ммоль/л, креатинин 61,1 мкмоль/л, мочевиная кислота 324,0 мкм/л, железо сыворотки 3,3 мкм/л, СРБ 28,38 мг/л.

Коагулограмма: протромбиновое время 21 сек, тромбиновое время 17 сек, АЧТВ 32,6 сек, фибриноген 3,8 г/л, РФМК положительная.

Цитология отпечатков среза биопсированного лимфоузла: подозрение на лимфому Ходжкина.

Гистология: болезнь Ходжкина с нодулярным склерозом.

ИГХ: опухолевые клетки экспрессируют CD15+, CD30+.

КТ органов грудной и брюшной полости с контрастным усилением: множественные увеличенные лимфоузлы шейные и надключичные с обеих сторон, превазальные, паратрахеальные, парааортальные от 2,5 до 3,5 см; Лимфоузлы переднего верхнего средостения в виде конгломерата 6,3x2,5x7,2см; одиночный в области ворот селезенки и брыжеечные до 1 см; в правом легком 3 очага: S1, S6, S5 от 1 см до 3,7см.

Вопросы: 1. Выделите ведущие клинические симптомы при поступлении. Перечислите возможные причины выраженного кожного зуда. Для какой болезни будет характерно сочетание кожного зуда, лихорадки и увеличения лимфатических узлов. Перечислите группировку лимфаденопатий в детском возрасте. К какой группе лимфаденопатий относится описанный характер увеличенных лимфатических узлов. 2. Сформулируйте предположительный клинический диагноз. 3. Какое обследование необходимо провести с целью верификации диагноза? Стандарты диагностики клинической стадии. Приведите гистологическую классификацию данного заболевания. 4. Какие клинические симптомы относятся к группе «В». Что характерно для наличия биологических признаков активности. 5. Назовите основные принципы лечения и организации диспансерного наблюдения.

#### **Задача №47 (Гистиоцитоз из клеток Лангерганса?)**

Девочка Л., 1 год 6 мес., поступила в отделение с жалобами на ухудшение общего состояния, непостоянную фебрильную лихорадку, умеренную бледность, наличие сыпи на коже, увеличение шейных лимфоузлов.

Анамнез жизни: ребенок от 1-й беременности, протекавшей без токсикоза. Роды в срок, самостоятельные, масса при рождении 2750 г. Закричала сразу, к груди приложена в родильном зале, грудь взяла при первом прикладывании, сосала хорошо. На грудном вскармливании по настоящее время. Прикорм с 6 мес. Психомоторное и физическое развитие по возрасту. Первые зубы появились с 5 мес. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана. Наследственность не отягощена. Родители здоровы. Лекарственной и пищевой аллергией не страдает. Перенесенные болезни: ОРИ редко, в легкой форме. В контакте с инфекционными больными не была.

Анамнез заболевания: в периоде новорожденности у ребенка гнейс на коже волосистой части головы, упорный вульвовагинит с 2-х месячного возраста и одновременно появилась необильная мелко-папулезная эритематозная сыпь на коже туловища и волосистой части головы. С возраста 1 год 3 месяца родители стали замечать увеличение в объеме живота, увеличение шейной группы лимфатических узлов с обеих сторон, непостоянная фебрильная лихорадка. Девочка похудела, усилилась бледность кожных

покровов. По месту жительства проводилось лечение антибиотиками, но состояние не улучшалось.

При поступлении в клинику состояние тяжелое, выражена бледность кожных покровов, интоксикационный синдром. Масса – 9250 г. Рост 65 см. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. Выражена пастозность на лице и нижних конечностях. На коже волосистой части кожи головы, туловища, в паховых областях единичные элементы мелкой папулезно-эритематозной сыпи. Большой родничок закрыт. Имеет 4/4 зубов, десны гиперемированы. Пальпируются все группы периферических лимфатических узлов: подмышечные и паховые >1 см, единичные, плотные, передне- и заднешейные с обеих сторон, множественные, в виде конгломератов до 4,5×5 см, умеренной плотности. Дыхание пуэрильное, 24 в 1 минуту. Границы относительной сердечной тупости не расширены. Тоны отчетливые, легкий систолический шум на верхушке анемического характера, умеренная тахикардия до 120 в 1 мин. Пульс ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот увеличен в объеме. Печень выступает из-под края реберной дуги до 4,5 – 5 см, селезенка + 4 см, плотной консистенции. Мочится часто, стул кашицеобразный. Ребенок дополнительно к основным продуктам питания выпивает около 500 мл питьевой воды.

В анализе периферической крови при поступлении гемоглобин 60г/л, цветовой показатель 0,56, выражена гипохромия эритроцитов, ретикулоциты 7‰, тромбоциты  $386,0 \times 10^9$ /л, лейкоциты  $22,2 \times 10^9$ /л, гематокрит 19,8%, MCV 60,2 fl, MCH 18,5 pg, MCHC 308,0 г/л, палочкоядерные 4%, сегментоядерные 47%, моноциты 11%, лимфоциты 28%, СОЭ 55 мм/час.

Биохимия крови: щелочная фосфатаза 267,3Ед/л (норма до 120 Ед/л), аланинаминотрансфераза 12,9 Ед/л, аспаргатаминотрансфераза 31 Ед/л, гамма-глутамилтрансфераза 70 Ед/л, лактатдегидрогеназа 217,7 Ед/л, общий белок 64,6 г/л, альбумины 35,4 г/л, билирубин общий 13,2 мкмоль/л, холестерин 3,44 ммоль/л, триглицериды 2,12 ммоль/л, глюкоза 5,07 ммоль/л, креатинин 25,4 мкмоль/л, мочевины 2,0 ммоль/л, мочевая кислота 224,6 мкмоль/л, СРБ 128,01 мг/л (при норме до 5,0). Иммуноглобулины: А 0,69 г/л, G 19,83 г/л, М 2,33 г/л, сывороточное железо 5,8 мкмоль/л.

Общий анализ мочи: белок 0,11г/л, лейкоциты – сплошь в поле зрения.

Рентгенография органов грудной клетки: умеренное расширение переднее-верхнего средостения. Участок деструкции 8-го ребра справа.

Рентгенография черепа в 2-х проекциях: в проекции затылочной кости 4-5 очагов деструкции округлой формы, размером 0,6–0,8 см. оскольчатый перелом тела нижней челюсти справа в области угла и ветви со смещением отломков.

УЗИ брюшной полости: отмечается увеличение в размерах печени (правая доля до 10см, сагиттальный размер левой доли до 5 см) и селезенки до 10×4,5 см. Определяются гиперплазированные лимфоузлы ворот печени и селезенки, парааортальные, множественные от мелких до 2-х см в диаметре.

Коагулограмма: протромбиновое время 18,2 сек, тромбиновое время 20,7сек, АПТВ 39,2 сек, фибриноген 2,36г/л, РФМК положительная.

Пунктат костного мозга из 2-х точек: клеточный, полиморфный, все ростки представлены, бластов 2,2%, клеток эритроидного ряда 15,0%, мегакариоциты зрелые, умеренное

количество.

Биопсия шейного лимфоузла: цитология – в пунктате зрелые лимфоидные элементы, единичные эозинофильные и нейтрофильные лейкоциты, единичные многоядерные клетки хронического воспаления (макрофаги), также встречаются гигантские клетки Лангерганса.

Гистология – Гистиоцитоз X (M9722/3).

Иммуногистохимия: фрагмент биоптата представлен диффузным разрастанием клеток моноцитарно-макрофагального ряда, гистиоцитов с признаками умеренного полиморфизма среди зрелоклеточного лимфоидного окружения, нейтрофильных и эозинофильных лейкоцитов, фиброцитов, множества посткапиллярных венул. Гистиоциты с полиморфными моноцитоподобными ядрами, мелкопетлистой структурой ядерного хроматина, иногда встречаются двуядерные клетки, многоядерные клетки. На срезах с парафинового блока проведено ИГХ-исследование с использованием антител к CD45(LCA,2b11), S100(4.CD4.9), CD68(KPI), CD1a(010), CD4(B12), HLA-DR, Vimentin, HLA-DR, CD4 Lysozyme.

Вопросы: 1. Оцените физическое развитие на момент рождения и в настоящее время. 2. Выделите ведущие клинические симптомы. Объедините клинические симптомы в синдромы. 3. Оцените анализ периферической крови. 4. О каких заболеваниях может идти речь. 5. План обследования с целью верификации диагноза.

#### **Задача №48 (Лимфома Беркитта, IV стадия)**

Девочка Л., 16 лет, госпитализирована в отделение с жалобами на боли в животе, нарастающую слабость, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: с возраста 14 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки, поверхностный гастрит (H. Pylori +) с сезонными обострениями. Последнее обострение возникло 4-е недели назад. Лечилась стационарно по месту жительства на протяжении 2-х недель. Выписана с улучшением. Однако через 2 дня после выписки девочка сама обнаружила опухолевое образование в правой подвздошной области. После повторного осмотра педиатра направлена в детское онкогематологическое отделение.

Анамнез жизни: Родилась в срок, масса при рождении 3200 г, на грудном вскармливании до 1,5 лет. Росла и развивалась хорошо. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана. Наследственность неотягощена. Лекарственной и пищевой непереносимости не выявлено. Из перенесенных заболеваний отмечает ОРВИ редко, ветряную оспу.

При поступлении отмечалась умеренная бледность и сухость кожных покровов, слабость, повышенная утомляемость. Периферические лимфатические узлы не увеличены, слизистая зева чистая, миндалины не увеличены. Отмечалось увеличение размеров молочных желез с участками уплотнения до 6×8 см, безболезненные при пальпации. Дыхание везикулярное, границы относительной сердечной тупости не расширены, тоны сердца отчетливые. Пульс ритмичный. АД 112/60 мм рт.ст. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, безболезненный. В правой пахово-подвздошной области пальпируется плотное опухолевое образование размером 5×6см., опухолевое образование в надлобковой области, наличие свободной жидкости в брюшной полости в отлогах местах. Печень и селезенка не пальпировались. Стул со склонностью к запорам.

Мочеиспускание не нарушено.

Со стороны нервной системы менингеальных и очаговых симптомов не выявлено.

В анализе периферической крови гемоглобин 108 г/л, эритроциты  $3,41 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты  $13,3 \times 10^9$ /л, тромбоциты  $263,0 \times 10^9$ /л, бластные клетки 3%, миелоциты 1%, метамиелоциты 7%, палочкоядерные 19%, сегментоядерные 45%, эозинофилы 1%, базофилы 2%, моноциты 9%, лимфоциты 13%, СОЭ 11 мм/час.

Биохимия крови: аспартатаминотрансфераза 121,4 Ед/л, аланинаминотрансфераза 76,4 Ед/л, гамма-глутамилтрансфераза 86,3 Ед/л, лактатдегидрогеназа 2175,4 Ед/л, щелочная фосфатаза 94,7 Ед/л, билирубин общий 10,7 мкмоль/л, мочевиная кислота 951,6 мкмоль/л, мочевиная 5,2 ммоль/л, креатинин 74,6 мкмоль/л.

Коагулограмма: протромбиновое время 25,12 сек, тромбиновое время 15,0 сек, АЧТВ 30,4 сек, фибриноген 3,0 г/л, РФМК положит.

Аспирационная биопсия опухолевых образований молочных желез: среди клеток крови два скопления клеток кубического эпителия, единичные клетки с нежной структурой хроматина, базофильной цитоплазмой, жировой дегенерацией. Клеток недостаточно для заключения.

Операционная биопсия: в отпечатках среза биоптата – злокачественные клетки лимфоидной природы.

Пунктат костного мозга: тотальная метаплазия бластами, мезогенерации, с высоким ядерно-цитоплазматическим соотношением, расположение ядра центральное, форма округлая, овальная, полиморфизм ядер умеренный, структура хроматина тонкодисперсная, нуклеол нет, цитоплазма ровная, окраска разной степени базофилии с различной степенью вакуолизации, зернистость цитоплазмы отсутствует, палочки АУЭРА не обнаружены.

Цитохимия: липиды отрицательные, PAS - материал положительный в 4% бластов, в мелкогранулярной форме, МПО – отрицательная. Заключение: в пунктате бласты лимфоидной природы, L- 3 вариант.

Иммунофенотипирование костного мозга: большинство клеток экспрессирует CD19+/CD10+, CD20+, HLA-Dr+, CD38+, что соответствует острому В-лимфобластному лейкозу (вариант В-IV) или лейкокемии лимфомы Беркитта.

Ликвор: цитоз 3/3, белок 0,012г/л, прозрачный, бесцветный.

УЗИ органов брюшной полости: печень, селезенка, поджелудочная железа, почки без патологических изменений. Исследование забрюшинных лимфоузлов не информативно вследствие выраженного асцита. Матка 5,5×3,5×4,5 см. В толще миометрия несколько гипоехогенных узлов, размером 2×2,5см. М-ЭХО эндометрия 0,5 см. Шейка не утолщена. Яичники: Левый - в его проекции определяется неоднородное образование паренхиматозной плотности, размером 8,0×5,0 см. Правый яичник: - аналогичное образование 8,0×5,0см. В Дугласе – свободная жидкость. Заключение: опухолевое образование яичников с возможным вовлечением матки.

КТ брюшной полости: с контрастным усилением: на фоне большого количества асцитической жидкости в брюшной полости и полости малого таза определяется увеличение размеров обоих яичников, тела и шейки матки, опухолевое поражение



подвздошной (дистальный отдел), слепой и восходящей (начальный отдел) кишок, поражение обеих почек, единичные гиповаскулярные очаги в обеих долях печени, увеличение размеров головки поджелудочной железы с некоторой компрессией 12-перстной кишки, опухолевая инфильтрация большого сальника, увеличение параперикардиальных лимфоузлов, свободная жидкость в левой плевральной полости (около 700 мл). Заключение: Распространенный злокачественный процесс.

Вопросы: 1. Каков предположительный диагноз. 2. Перечислите нозологии для дифференциальной диагностики. 3. Стандарт обследования для верификации диагноза. Стандарт обследования для установления клинической стадии. 3. Сформулируйте клинический диагноз после обследования. 4. Основные принципы лечения.

### **Задача №49 (Острый лимфобластный лейкоз)**

Девочка блет, поступила в отделение с жалобами на постепенно нарастающую слабость, субфебрильную температуру, умеренную бледность, боли в правом локтевом суставе.

Анамнез заболевания: Больна около 6 нед., когда после отдыха на море появились боли и опухание правого локтевого сустава. Ночью боли усиливались. Диагностирован артрит. Лечилась спиртовыми компрессами. Состояние на некоторое время улучшилось. Однако на 4-й недели болезни вновь возникло опухание правого локтевого сустава, болезненность. Назначенное лечение анальгином, ибупрофеном, компресс с индометациновой мазью не оказывало эффекта. Увеличились шейные лимфоузлы, появилась постоянная субфебрильная температура, а в анализе периферической крови ускоренная СОЭ, лейкоцитоз, лимфоцитоз. В связи с этим направлена на стационарное лечение.

Анамнез жизни: Девочка от 1-ой беременности. Данная беременность протекала без токсикоза. Масса при рождении 3000,0. Роды стремительные. Закричала сразу. К груди приложена через 2 часа, сосала хорошо. Пупочная ранка зажила сухо. БЦЖ в роддоме. Выписана на 4-е сутки в удовлетворительном состоянии. До 1 года росла и развивалась хорошо.

Перенесенные заболевания: Аллергический диатез, фебрильные судороги, ангина, пневмония в 5 лет, частые ОРВИ.

Лекарственный анамнез: фенobarбитал, парацетамол, линкомицин.

Объективный статус: Рост 122см. Вес 21кг Состояние ребенка средней тяжести. В сознании. На осмотр реагирует адекватно. Телосложение правильное, удовлетворительного питания.

Кожные покровы умеренно бледные, суховаты, в области правого бедра и правой голени единичные экхимозы от 0,5 до 1 см. Тургор тканей сохранен. Видимые слизистые обычной окраски. На слизистой полости рта единичные, мелкоточечные кровоизлияния. По задней стенке глотки стекает небольшое количество крови. Миндалины не увеличены.

Лимфатические узлы пальпируются по всем группам, единичные, 2-3 размера, единичные, несколько плотноватой консистенции, не спаяны между собой, безболезненные.

Костная система: Правый локтевой сустав увеличен в объеме за счет отека периапартрикулярных тканей, болезненный при пальпации, движения ограничены.

Сердечная область не выбухает. Пульсация сосудов шеи не выражена. Границы относительной сердечной тупости: правая – по правому краю грудины, левая – на 1 см

кнаружи от левой сосковой линии, верхняя – второе межреберье слева. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 100 в мин, АД 90/60 мм.рт.ст. Пульс удовлетворительного качества.

Язык влажный, обложен беловатым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Сигмовидная кишка определяется в виде небольшого цилиндра. Печень +5см из-под края реберной дуги, край ее плотный, безболезненный. Размеры по Курлову 12-10-10см. Селезенка пальпируется из-под края реберной дуги до 6 см.

Данные лабораторного обследования:

Общий анализ крови: Эр- $1,08 \times 10^{12}$ , НЬ-47,4 г/л, Цвет.пок.-1,0, Лей- $1,25 \times 10^9$ , тромб.-единичные, п/я-1, с/я-3, лимф.-45, СОЭ - 25 мм/час, ретикулоциты-11%, анизоцитоз и пойкилоцитоз выражены умеренно.

Спинно-мозговая пункция-жидкость бесцветная, прозрачная, цитоз 2/3 в 1 мкл, белок 0,033 г/л.

Биохимия почек: Остат.азот-22,7 ммоль/л, мочевины-6,7 ммоль/л, креатинин-35,3 мкм/л, мочевиная кислота 320,0 мкм/л (норма до 418,0 мкм/л).

Биохимия печени: Ві общий-12,0 мкмоль/л, ЩФ-160,0 е/л(норма до 120е/л), гамма-гт-11,3е/л, АЛТ- 8,5 е/л(норма до 45,0), АСТ-21,2е/л (норма до 35,0) Серомукоиды 0,25, СРБ13,7мг/л(норма до 5,0мг/л), РФ отриц.

Протеинограмма: общий белок 52,0 г/л, альбумины 42%,глобулины: альфа1-8,0,альфа2-10,8, бета-15,0, гамма-24,8

Исследование стерильного пунктата: 1.Пунктат клеточный. Полностью замещен бластными клетками, лимфоидными. 2.Мегакарициты не найдены

Бластные клетки округлой формы, с узким ободком базофильной цитоплазмы, ядерно-цитоплазматический индекс высокий, полиморфизм ядер умеренный, структура хроматина тонкопетлистая. Зернистость в цитоплазме отсутствует.

Цитохимические реакции: на МПО-отриц., на липиды-отриц., на гликоген положит. в 15% бластов, в виде гранул и блоков. Заключение: метаплазия лимфобластами-Л-2

Иммунофенотипирование: CD19+/CD10+ 94%, CD22+/CD3- 60%, HLA – Dg +/CD13- 51%. Заключение: В-клеточная линия.

Вопросы: 1. Диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Лечение. 4. Прогноз. 5. Диспансерное наблюдение.

### **Задача №50 (Острый миэлобластный лейкоз)**

Девочка Н., 12 лет поступила в отделение с жалобами на повышенную утомляемость, непостоянную фебрильную лихорадку на протяжении 4-х недель.

Анамнез жизни: Девочка от 1-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания, роды в срок, масса при рождении 3200,0. Период новорожденности протекал без особенностей, на грудном вскармливании до 1 года. Росла и развивалась хорошо. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана. Из перенесенных заболеваний отмечает частые ОРВИ до 2-х лет, ветряная оспа в 6 лет, ларинготрахеит, перелом правой плечевой кости. Наследственность не отягощена.

Анамнез заболевания: Считает себя больной на протяжении последних 4-х недель, когда появились катаральные симптомы со стороны верхних дыхательных путей, умеренная гиперемия слизистой зева, повысилась температура до 38,6°. Лечилась анафероном, состояние улучшилось, однако через 4 дня вновь подъем температуры до фебрильных цифр. Лечение флемоксином без особого эффекта, лихорадка продолжалась преимущественно в вечернее время. В анализе периферической крови через 2 недели от начала заболевания отмечалась тенденция к лейкопении ( $2,9-2,3 \times 10^9/\text{л}$ ). Гранулоцитопения, относительный лимфоцитоз, тенденция к тромбоцитопении ( $72,0 \times 10^9/\text{л}$ , гемоглобин 100г/л). Принимала ликопид, а затем была направлена на консультацию к гематологу.

При поступлении состояние средней тяжести, умеренная бледность кожных покровов с восковидным оттенком, единичный экхимоз в области правого предплечья до 0,5 см, умеренная гиперемия слизистой зева, пальпировались единичные заднешейные, подмышечные и паховые лимфоузлы до 0,5 – 1 см, подвижные, эластичные, безболезненные. Костно-мышечная система без патологии. Дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости не расширены, тоны сердца отчетливые, пульс ритмичный 80 уд. в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги до 2-х см., селезенка не пальпируется.

Лабораторные данные:

1. Анализ периферической крови: лейкоциты  $2,2 \times 10^9/\text{л}$ , эритроциты  $4,15 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин 117г/л, тромбоциты  $65,0 \times 10^9/\text{л}$ , ретикулоциты 8‰, СОЭ 16 мм/час, гранулоцитов  $0,4 \times 10^9/\text{л}$ , бластные 7%, сегментоядерные 12%, лимфоциты 81%.
  2. Пунктат костного мозга: тотальная инфильтрация бластными клетками миелоидной природы, вариант М<sub>3</sub>, в цитоплазме бластов обильная мелкая зернистость, покрывающая ядро, обнаружены палочки Ауэра в большом количестве. Миэлопероксидаза и липиды резко положительны, гликоген положительный в диффузной форме.
  3. Ликвор безцветный, прозрачный, цитоз 3/3 в 1 мкл, белок 0,2 г/л;
  4. коагулограмма – протромбиновое время 22,9сек., тромбиновое время 21 сек., АЧТВ 29,6 сек., фибриноген 0,6г/л, РФМК отриц., Д-димеры 2,5 мкг/мл.
  5. Биохимия крови: общий белок 82г/л, альбумины 51,3г/л; АЛТ(аланинаминотрансфераза) 11,6е/л, АСТ(аспартатамино трансфераза) 19,9е/л, Г-ГТ(гамма-глутамилтрансфераза) 13,2е/л, ЛДГ(лактатдегидрогеназа) 232,8е/л, билирубин общий 13,4 мкм/л, мочевины 5,4 мм/л, креатинин 76,1 мкм/л, щелочная фосфатаза 160,6е/л, мочевая кислота 272,1 мкм/л.
  6. Группа крови O(1) резус положительная.
  7. Цитогенетическое исследование: выявлена транслокация (15;17), ген RARA.
  8. Проточная цитофлюориметрия, иммунофенотипирование: большинство клеток миелоидного происхождения с иммунофенотипом CD33+, CD13+.
- Вопросы: 1. Диагноз. 2. Дифференциальный диагноз. 3. Лечение. 4. Прогноз. 5. Диспансерное наблюдение.

**Задача №51 (Болезнь Ходжкина (лимфогранулематоз), нодулярный склероз, III стадия, группа Б,б. Очаги поражения: шейно-надключичные лимфоузлы с обеих**

**сторон, лимфоузлы переднего верхнего средостения, лимфоузлы ворот селезенки, единичные брыжеечные, 3 очага в правом легком)**

Девочка 3., 15 лет, поступила в отделение с жалобами на увеличение шейных лимфоузлов, кожный зуд.

Анамнез заболевания: На протяжении последних двух месяцев девочку беспокоит кожный зуд в области предплечий и нижних конечностей. Лечилась у дерматолога различными мазями, но улучшения не было. На этом фоне появилась непостоянная фебрильная лихорадка с повышением температуры тела до 38,5 на протяжении трех дней, затем субфебрильная, ухудшился аппетит. В это же время девочка обнаружила увеличение лимфатических узлов в области шеи. Были назначены антибиотики, местно – аппликации димексида. Улучшения не отмечено. Направлена на стационарное лечение.

Анамнез жизни: Родилась 1-м ребенком в семье, от 3-й беременности, масса при рождении 3200,0. Находилась на грудном вскармливании до 6 мес. Росла и развивалась хорошо. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана. Наследственность не отягощена. Перенесенные болезни: ОРВИ, ветряная оспа, двусторонняя пневмония в возрасте 11 лет. Девочка наблюдается психологом по поводу повышенной тревожности.

При поступлении: Состояние средней тяжести, умеренная бледность кожных покровов. По передней поверхности живота, в области верхних и нижних конечностей множественные глубокие расчесы с экскориацией. В области шеи с обеих сторон пальпируются переднее-шейные лимфоузлы от 1,5 до 2,5 см, заднешейные справа, надключичные с обеих сторон, больше справа, размером до 3 см, различной величины и плотности, не спаяны между собой и с окружающими тканями, безболезненные. Слизистая полости рта чистая. Миндалины не гипертрофированы. Дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости не расширены, тоны сердца отчетливые, пульс 80 ударов в 1 мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения, АД 100/60 мм рт. ст. Живот обычной формы, при пальпации мягкий, безболезненный, печень и селезенка не пальпируются.

Лабораторные данные:

1. анализ периферической крови: лейкоциты  $14,4 \times 10^9$ /л, эритроциты  $4,95 \times 10^{12}$ /л, гемоглобин 116г/л, гематокрит 35,2%, тромбоциты  $457,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 27 мм/час, сегментоядерные 79%, эозинофилы 1%, моноциты 7%, лимфоциты 13%, ретикулоциты 10‰;

2. Биохимия крови: общий белок 78,2г/л, альбумины 42,6г/л, АЛТ (аланинаминотрансфераза) 9,6 е/л, АСТ (аспартатаминотрансфераза) 15,5 е/л, ЛДГ (лактатдегидрогеназа) 147,2 е/л, щелочная фосфатаза 167,2е/л, билирубин общий 4,9 мкм/л, глюкоза крови 4,74 мм/л, креатинин 61,1 мкм/л, мочевая кислота 324,0 мкм/л, железо сыворотки 3,3 мкм/л, СРБ 28,38 мг/л;

3. Коагулограмма: протромбиновое время 21 сек, тромбиновое время 17 сек, АЧТВ 32,6 сек, фибриноген 3,8, РФМК положит.

4. Цитология отпечатков среза биопсированного лимфоузла: подозрение на лимфому Ходжкина;

5. Гистология: болезнь Ходжкина с нодулярным склерозом;

6. ИГХ: опухолевые клетки экспрессируют CD15+, CD30+.

7. КТ органов грудной и брюшной полости с контрастным усилением: множественные увеличенные лимфоузлы шейные и надключичные с обеих сторон, превазальные, паратрахеальные, парааортальные от 2,5 до 3,5 см; Лимфоузлы переднего верхнего средостения в виде конгломерата 6,3×2,5×7,2см; одиночный в области ворот селезенки и брыжеечные до 1 см; в правом легком 3 очага: S1, S6, S5 от 1 см до 3,7см.

1. Клинический диагноз. 2. Перечислите нозологии для дифференциальной диагностики. 3. Стандарт обследования для верификации диагноза. Стандарт обследования для установления клинической стадии. 3. Сформулируйте клинический диагноз после обследования. 4. Основные принципы лечения.

### **Задача №52 (Острый миэлобластный лейкоз)**

Девочка, 10 лет поступила в отделение с жалобами на повышенную утомляемость, непостоянную фебрильную лихорадку на протяжении 4-х недель.

Анамнез жизни: Девочка от 2-й беременности, протекавшей с угрозой прерывания, роды в срок, масса при рождении 3200,0. Период новорожденности протекал без особенностей. Росла и развивалась хорошо. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана. Наследственность не отягощена.

Анамнез заболевания: Считает себя больной на протяжении последних 2-х недель, когда появились катаральные симптомы со стороны верхних дыхательных путей, умеренная гиперемия слизистой зева, повысилась температура до 37,6°. Лечилась анафероном, состояние улучшилось, однако через 4 дня вновь подъем температуры до фебрильных цифр. Лечение флемоксином без особого эффекта, лихорадка продолжалась преимущественно в вечернее время. В анализе периферической крови через 2 недели от начала заболевания отмечалась тенденция к лейкопении ( $2,9-2,3 \times 10^9/\text{л}$ ). Гранулоцитопения, относительный лимфоцитоз, тенденция к тромбоцитопении ( $72,0 \times 10^9/\text{л}$ , гемоглобин 98г/л). Принимала ликопид, а затем была направлена на консультацию к гематологу.

При поступлении состояние средней тяжести, умеренная бледность кожных покровов с восковидным оттенком, единичный экхимоз в области правого предплечья до 0,5 см, умеренная гиперемия слизистой зева, пальпировались единичные заднешейные, подмышечные и паховые лимфоузлы до 0,5 – 1 см, подвижные, эластичные, безболезненные. Костно-мышечная система без патологии. Дыхание везикулярное. Границы относительной сердечной тупости не расширены, тоны сердца отчетливые, пульс ритмичный 80 уд. в 1 мин. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, печень выступает из-под края реберной дуги до 2-х см., селезенка не пальпируется.

Лабораторные данные: 1. Анализ периферической крови: лейкоциты  $2,2 \times 10^9/\text{л}$ , эритроциты  $4,15 \times 10^{12}/\text{л}$ , гемоглобин 117г/л, тромбоциты  $65,0 \times 10^9/\text{л}$ , ретикулоциты 8‰, СОЭ 16 мм/час, гранулоцитов  $0,4 \times 10^9/\text{л}$ , бластные 7%, сегментоядерные 12%, лимфоциты 81%.

2. Пунктат костного мозга: тотальная инфильтрация бластными клетками миелоидной природы, вариант М<sub>3</sub>, в цитоплазме бластов обильная мелкая зернистость, покрывающая ядро, обнаружены палочки Ауэра в большом количестве. Миэлопероксидаза и липиды резко положительны, гликоген положительный в диффузной форме.

3. Ликвор безцветный, прозрачный, цитоз 3/3 в 1 мкл, белок 0,2 г/л;
4. коагулограмма – протромбиновое время 22,9сек., тромбиновое время 21 сек., АЧТВ 29,6 сек., фибриноген 0,6г/л, РФМК отриц., Д-димеры 2,5 мкг/мл.
5. Биохимия крови: общий белок 82г/л, альбумины 51,3г/л; АЛТ(аланинаминотрансфераза) 11,6е/л, АСТ(аспартатамино трансфераза) 19,9е/л, Г-ГТ(гамма-глутамилтрансфераза) 13,2е/л, ЛДГ(лактатдегидрогеназа) 232,8е/л, билирубин общий 13,4 мкм/л, мочевины 5,4 мм/л, креатинин 76,1 мкм/л, щелочная фосфатаза 160,6е/л, мочевая кислота 272,1 мкм/л.
6. Цитогенетическое исследование: выявлена транслокация (15;17), ген RARA.
7. Проточная цитофлюориметрия, иммунофенотипирование: большинство клеток миелоидного происхождения с иммунофенотипом CD33+, CD13+.

Вопросы: 1. Какие особенности затянувшейся лихорадки должны были насторожить врача. 2. Какие изменения в анализе периферической крови на 2-й недели болезни требовали консультации гематолога, а не назначения ликопада. 3. Какие патологические симптомы вы видите при поступлении в стационар. 4. О каких заболеваниях может идти речь при данной клинической картине. 5. Стандарт обследования для верификации диагноза. 6. Оцените лабораторные данные и сформулируйте окончательный диагноз. 7. Назовите основные принципы лечения в стационаре. 8. Какое лечение будет продолжено в условиях детской поликлиники.

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

### Перечень вопросов для устного собеседования:

<b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Общественное здоровье и здравоохранение как наука, изучающая воздействие социальных условий и факторов внешней среды на здоровье населения, ее место в системе медицинского образования и практической деятельности врача.</li><li>2. Законодательство Российской Федерации об охране здоровья граждан.</li><li>3. Здоровье населения, его показатели, факторы, влияющие на здоровье населения.</li><li>4. Особенности изучения общей заболеваемости и её видов.</li><li>5. Профилактика как основа сохранения и укрепления здоровья населения (первичная, вторичная и третичная профилактика). Порядок проведения диспансеризации населения.</li><li>6. Гигиеническое воспитание и образование населения.</li><li>7. Роль поведенческих факторов в формировании здорового образа жизни.</li><li>8. Система обязательного социального страхования в России.</li><li>9. Обязательное медицинское страхование граждан РФ.</li><li>10. Учет, отчетность и показатели работы лечебных учреждений. Годовой отчет лечебно-профилактических учреждений.</li><li>11. Понятие о временной и стойкой нетрудоспособности.</li><li>12. Экспертиза временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</li><li>13. Качество медицинской помощи, основные понятия.</li><li>14. Структурный, процессуальный и результативный подходы в обеспечении качества медицинской помощи.</li><li>15. Организация экспертизы качества медицинской помощи.</li></ol>
--------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Перечень вопросов для письменных контрольных работ:

<b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение	<p>Здоровье населения; его социальные и биологические закономерности.</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Основные методы исследований при изучении социально-гигиенических аспектов общественного здоровья и деятельности учреждений здравоохранения.</li><li>2. Права и социальная защита медицинских и фармацевтических работников.</li><li>3. Особенности изучения общей заболеваемости</li><li>4. Особенности изучения заболеваемости по нозологическим формам.</li><li>5. Закон Российской Федерации об обязательном медицинском страховании.</li><li>6. Диспансеризация и диспансерный метод в работе лечебных учреждений.</li><li>7. Санитарное просвещение: его место и роль в охране здоровья населения. Формы, методы и средства санитарно-просветительной работы.</li><li>8. Уровни экспертизы временной нетрудоспособности в медицинских организациях.</li><li>9. Правила выдачи листка нетрудоспособности при заболеваниях и травмах.</li><li>10. Правила выдачи листка нетрудоспособности при беременности и родах.</li><li>11. Правила выдачи листка нетрудоспособности по уходу за больным членом семьи.</li><li>12. Правила направления пациента на медико-социальную экспертизу.</li><li>13. Критерии ВОЗ для оценки качества медицинской помощи.</li><li>14. Формы контроля качества и безопасности медицинской помощи в Российской Федерации.</li></ol>
--------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Банк тестовых заданий (с ответами):

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p>1. Общественное здоровье – это ...</p> <p><b>а) важнейший экономический и социальный потенциал страны, обусловленный воздействием комплекса факторов окружающей среды и образа жизни населения, позволяющий обеспечить оптимальный уровень качества и безопасность жизни людей;</b></p> <p>б) научная и учебная дисциплина, изучающая комплекс социальных, экономических, организационных, правовых, социологических, психологических вопросов медицины, охраны и восстановления здоровья населения;</p> <p>в) область практической деятельности государственных и частных учреждений в сфере медицины и здравоохранения</p> <p>2. Под собственно заболеваемостью (первичной заболеваемостью) понимают:</p> <p><b>а) совокупность новых, нигде ранее не учтенных и впервые в данном отчетном году выявленных среди населения заболеваний;</b></p> <p>б) частоту патологии среди населения, выявленную при медицинских осмотрах;</p> <p>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</p> <p>г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>3. Болезненность - это:</p> <p>а) заболеваемость по данным обращаемости;</p> <p>б) заболеваемость, регистрируемая врачом и записанная им в медицинской документации;</p> <p><b>в) совокупность всех имеющихся заболеваний, впервые выявленных в данном году или известных ранее, по поводу которых больные вновь обратились в данном году;</b></p> <p>г) учет всех заболеваний и специальный учет заболеваний, включающий заболеваемости: инфекционную, неэпидемическую, с временной нетрудоспособностью</p> <p>4. Какое влияние (в %) оказывают факторы, характеризующие образ жизни людей, на показатели здоровья населения:</p> <p><b>а) 50–55 %;</b></p> <p>б) 20–25 %;</p> <p>в) 15–20 %;</p> <p>г) 10–15 %</p> <p>5. При проведении социально-гигиенических исследований применяют следующие методы:</p> <p>а) исторический;</p> <p>б) статистический;</p> <p>в) экспериментальный;</p> <p>г) экономический;</p> <p>д) социологический;</p> <p><b>е) все вышеперечисленные</b></p> <p>6. Укажите, какие группы населения должны проходить предварительные медосмотры:</p> <p>а) все население с целью выявления туберкулеза, сердечно-сосудистых заболеваний и работающие подростки;</p> <p><b>б) рабочие предприятий, работники пищевых, детских, медицинских учреждений и работающие подростки;</b></p> <p>в) все лица перед проведением профилактических прививок</p> <p>7. Задачами гигиенического обучения и воспитания являются:</p> <p><b>а) обеспечение всех социальных и возрастных групп населения необходимой медико-гигиенической информацией о здоровом образе жизни;</b></p> <p>б) стимулирование деятельности государственных органов и общественных организаций по созданию условий для здорового образа жизни населения;</p> <p>в) вовлечение всех медицинских работников в санитарно-просветительную работу</p>
---------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



	<p>и воспитательную деятельность;</p> <p>г) организация и проведение всеобщей диспансеризации населения;</p> <p>д) организация общественного движения за формирование здорового образа жизни, объединение усилий с национальными движениями такого рода в зарубежных странах</p> <p>8. Система социальной защиты, основанная на страховых взносах, гарантирующая получение денежного дохода в старости, в случае болезни, инвалидности и других установленных законом случаях, а также медицинское обслуживание – это ...</p> <p><b>а) государственное социальное страхование;</b></p> <p>б) имущественное страхование граждан Российской Федерации;</p> <p>в) менеджмент здравоохранения;</p> <p>г) экономика здравоохранения</p> <p>9. Базовая программа обязательного медицинского страхования (ОМС)– это ...</p> <p>а) пакет документов, определяющих перечень заболеваний, видов, объемов и условий предоставления и финансирования медицинских услуг населению за счет бюджетов всех уровней, средств ОМС и других поступлений;</p> <p><b>б) составная часть программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи за счет средств ОМС на всей территории РФ;</b></p> <p>в) составная часть территориальной программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, определяющая права застрахованных лиц на бесплатное оказание им медицинской помощи на территории субъекта Российской Федерации</p> <p>10. Временная нетрудоспособность – это ...</p> <p>а) потеря трудоспособности, которая не более чем через год будет восстановлена;</p> <p>б) состояние здоровья человека, обусловленное заболеванием, травмой или другими причинами, когда невозможность полного или частичного выполнения профессиональной деятельности может быть обратимой;</p> <p>в) нетрудоспособность вследствие заболевания, при которой человек не может и не должен выполнять никакую работу и нуждается в специальном лечебном режиме</p> <p>11. Лечащий врач в амбулаторно-поликлиническом учреждении самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности на срок:</p> <p>а) до 10 дней;</p> <p><b>б) до 15 дней;</b></p> <p>в) до 4 месяцев;</p> <p>г) до 6 месяцев</p> <p>12. При наступлении временной нетрудоспособности гражданина, находящегося в отпуске без сохранения заработной платы, листок нетрудоспособности ...</p> <p>а) оформляется по общим правилам со дня заболевания;</p> <p><b>б) выдается со дня завершения отпуска в случае продолжающейся нетрудоспособности;</b></p> <p>в) не выдается</p> <p>13. К характеристикам качества медицинской помощи относится:</p> <p>а) своевременность оказания медицинской помощи;</p> <p>б) правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи;</p> <p>в) степень достижения запланированного результата;</p> <p><b>г) совокупность вышеуказанных характеристик</b></p> <p>14. Виды контроля качества медицинской помощи:</p> <p>а) государственный контроль;</p> <p>б) ведомственный контроль;</p> <p>г) внутренний контроль;</p> <p><b>д) все вышеперечисленное верно</b></p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

	<p>15. Для обеспечения единой системы учета, кодирования и группировки заболеваний применяется ...</p> <p>а) листок нетрудоспособности;</p> <p>б) международная статистическая классификация болезней и проблем, связанных со здоровьем;</p> <p>в) статистический отчет о числе зарегистрированных заболеваний;</p> <p>г) врачебное свидетельство о смерти</p>
--	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Банк ситуационных клинических задач

<p><b>Б 1.Б.1</b> Общественное здоровье и здравоохранение</p>	<p><b>Задача № 1.</b> Пациентка К., 70 лет., находясь в тяжелом состоянии в общей палате государственной больницы, пригласила священнослужителя и потребовала у администрации предоставить ей возможность остаться с ним наедине. Какой нормативный акт регламентирует права пациента в сфере охраны здоровья? В медицинских организациях какой правовой формы возможно предоставление условий для отправления религиозных обрядов. Укажите условия оказания медицинской помощи, при которых предоставляется возможность для отправления религиозных обрядов.</p> <p><b>Задача № 2.</b> В городе S проживет 116179 детей. В детских поликлиниках города имеется 358 врачей всех специальностей, в том числе 119 врачей-педиатров участковых. За год число посещений ко всем специалистам составило 941056, из них к врачам-педиатрам участковым – 615752. Назовите основной первичный учетный медицинский документ, который оформляется в детской поликлинике. Какие показатели деятельности медицинской организации можно рассчитать из представленных данных?</p> <p><b>Задача № 3.</b> При проведении маммографического исследования в рамках профилактического медицинского осмотра у работницы С. выявили новообразование в правой молочной железе. Дальнейшее обследование у онколога подтвердило диагноз «Рак молочной железы». О каком методе изучения заболеваемости следует говорить в данном случае? Перечислите основные источники изучения заболеваемости. Назовите учетный документ. Перечислите виды медицинских осмотров.</p> <p><b>Задача № 4.</b> Работница В., 35 лет, с 10 по 22 марта болела ангиной, по поводу чего лечилась в поликлинике у врача-терапевта участкового. О каком виде нетрудоспособности идет речь? Каким документом удостоверяется временная нетрудоспособность? Кем и когда выдается листок нетрудоспособности при амбулаторном лечении? На сколько дней лечащий врач самостоятельно может выдать листок нетрудоспособности в поликлинике?</p> <p><b>Задача №5.</b> По данным отчетной формы № 30 «Сведения о лечебно-профилактическом учреждении» за 2016 год рассчитайте и оцените качество медицинской помощи по показателю летальности по больнице в целом и по отделениям. Какие критерии оценки качества медицинской помощи рекомендует ВОЗ? Перечислите виды контроля качества медицинской помощи согласно ФЗ №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».</p>
---------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ПЕДАГОГИКА»**

**Тестовые задания**

**Выберите один или несколько правильных ответов**

**01. ПРОЦЕСС И РЕЗУЛЬТАТ УСВОЕНИЯ ОПРЕДЕЛЕННОЙ СИСТЕМЫ ЗНАНИЙ И ОБЕСПЕЧЕНИЕ НА ЭТОЙ ОСНОВЕ СООТВЕТСТВУЮЩЕГО УРОВНЯ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ**

- 1) воспитание
- 2) образование
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

**02. МНОЖЕСТВО ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ СТРУКТУРНЫХ КОМПОНЕНТОВ, ОБЪЕДИНЕННЫХ ЕДИНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛЬЮ РАЗВИТИЯ ЛИЧНОСТИ И ФУНКЦИОНИРУЮЩИХ В ЦЕЛОСТНОМ ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ –**

- 1) дидактика
- 2) педагогическая система
- 3) педагогический процесс
- 4) обучение

**03. К ПОСТОЯННЫМ ЗАДАЧАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ НАУКИ ОТНОСЯТСЯ**

- 1) выявление межличностных отношений в коллективе
- 2) изучение причин неуспеваемости
- 3) прогнозирование образования
- 4) обобщение практического опыта
- 5) вскрытие закономерностей обучения и воспитания

**04. ДИАГНОСТИЧНАЯ ПОСТАНОВКА ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ЦЕЛИ ПРЕДПОЛАГАЕТ**

- 1) установление явного противоречия
- 2) описание действий учащихся, которые можно измерить и оценить
- 3) подбор диагностического инструментария
- 4) учет особенностей учащихся

**05. ЛЮБАЯ ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ТЕХНОЛОГИЯ ДОЛЖНА ОТВЕЧАТЬ ТРЕБОВАНИЯМ**

- 1) доступности, прочности
- 2) концептуальности, системности
- 3) наглядности, научности
- 4) мобильности, вариативности

**06. АЛГОРИТМ ПРОЦЕССА ДОСТИЖЕНИЯ ПЛАНИРУЕМЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ ОБУЧЕНИЯ И ВОСПИТАНИЯ НАЗЫВАЕТСЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ (-ИМ) системой**

- 1) процессом
- 2) концепций
- 3) технологией

**07. АНДРАГОГИКА**

- 1) образование мужчин
- 2) образование взрослых
- 3) образование дошкольников
- 4) образование пожилых людей

**08. МЕТОДОЛОГИЯ**

- 1) учение о научном методе познания
- 2) совокупность методов, применяемых в отдельных науках
- 3) синоним методики
- 4) учение о структуре, логике организации, методах и средствах деятельности в разных областях науки, ее теории и практики

**Установите правильную последовательность**

**09. СТРУКТУРА ТЕХНОЛОГИИ МОДУЛЬНОГО ОБУЧЕНИЯ**

- 1) проверка достижений (текущий контроль)
- 2) выходной контроль
- 3) представление материала модуля в виде учебных элементов
- 4) четкая формулировка целей
- 5) предварительный тест
- 6) входной контроль

**Установите соответствие**

**10. ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ:**

- |                    |                                                                                                                                          |
|--------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. описательном    | А. выявление состояния педагогических явлений и процессов                                                                                |
| 2. диагностическом | Б. экспериментальные исследования педагогической действительности и построение на их основе моделей преобразования этой действительности |
| 3. прогностическом | В. изучение передового и новаторского педагогического опыта                                                                              |

**11. ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ ФУНКЦИЯ ПЕДАГОГИКИ РЕАЛИЗУЕТСЯ НА ТРЕХ УРОВНЯХ**

- |                       |                                                                                                                      |
|-----------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. проективном        | А. разработка методических материалов, воплощающих теоретические концепции                                           |
| 2. преобразовательном | Б. оценка влияния результатов научных исследований на практику обучения и воспитания                                 |
| 3. рефлексивном       | В. внедрение достижений педагогической науки в образовательную практику с целью ее совершенствования и реконструкции |

**Выберите один или несколько правильных ответов**

**12. УРОВЕНЬ КОМПЕТЕНТНОСТИ И МЕТОДОЛОГИЧЕСКОЙ РЕФЛЕКСИИ ИССЛЕДОВАТЕЛЯ ОПРЕДЕЛЯЮТ МЕТОДОЛОГИЧЕСКУЮ (-ОЕ)**

- 1) культуру
- 2) творчество
- 3) мастерство
- 4) умение

**14. ПРЕДМЕТ ПЕДАГОГИКИ**

- 1) технологии воспитательного процесса

- 2) личность воспитанника
- 3) содержание воспитания
- 4) развитие человека
- 5) закономерности процесса воспитания

15. ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА ПРИ РЕАЛИЗАЦИИ ТЕХНОЛОГИИ ДЕБАТОВ

- 1) судьи
- 2) команда утверждения
- 3) команда отрицания
- 4) таймкипер
- 5) тьюторы
- 6) аналитик

16. МЕТОДИКИ «ШЕСТЬ ШЛЯП», «ПЯТЬ ПАЛЬЦЕВ» ОТНОСЯТ К ТЕХНОЛОГИЯМ

- 1) рефлексивным
- 2) контекстного обучения
- 3) модульного обучения
- 4) экспертно-оценочным

17. К СОВРЕМЕННЫМ ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫМ ТЕХНОЛОГИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) здоровьесберегающие
- 2) информационно-коммуникационные
- 3) обучение в сотрудничестве
- 4) объяснительно-иллюстративную
- 5) проекты и кейс- технологии
- 6) развитие «критического мышления»

18. ПРЕДМЕТНАЯ ПОДДЕРЖКА УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА (ГОЛОС (РЕЧЬ) ПЕДАГОГА, ЕГО МАСТЕРСТВО, УЧЕБНИКИ, ОБОРУДОВАНИЕ)

- 1) задача обучения
- 2) форма обучения
- 3) цель обучения
- 4) средства обучения

19. УМЕНИЯ, ДОВЕДЁННЫЕ ДО АВТОМАТИЗМА, ВЫСОКОЙ СТЕПЕНИ СОВЕРШЕНСТВА:

- 1) Навыки
- 2) Знания
- 3) Умения
- 4) Мотивы

20. СПЕЦИАЛЬНАЯ КОНСТРУКЦИЯ ПРОЦЕССА ОБУЧЕНИЯ, ХАРАКТЕР КОТОРОЙ ОБУСЛОВЛЕН ЕГО СОДЕРЖАНИЕМ, МЕТОДАМИ, ПРИЕМАМИ, СРЕДСТВАМИ, ВИДАМИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ УЧАЩИХСЯ

- 1) Форма обучения
- 2) Средство обучения
- 3) Метод обучения
- 4) Технология обучения

## 21. ОСНОВОПОЛАГАЮЩИЕ ТРЕБОВАНИЯ К ПРАКТИЧЕСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ УЧЕБНОГО ПРОЦЕССА ПЕДАГОГИКЕ -

- 1) Правила
- 2) Принципы
- 3) Законы
- 4) Установки

## 22. КАК ТЕОРИЯ ОБУЧЕНИЯ И ОБРАЗОВАНИЯ ДИДАКТИКА РАЗРАБАТЫВАЕТ

- 1) Основы методологии педагогических исследований
- 2) Сущность, закономерности и принципы обучения
- 3) Сущность, закономерности и принципы воспитания
- 4) История педагогики

## 23. ХАРАКТЕРНЫЕ ЧЕРТЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА КАК СИСТЕМЫ

- 1) Целостность в единстве учения и преподавании, объединении знаний, умений, навыков в систему мировоззрения
- 2) Гуманистичность и толерантность
- 3) Плюралистичность
- 4) Статичность

## 24. КАЖДЫЙ МЕТОД ОБУЧЕНИЯ СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ ОТДЕЛЬНЫХ ЭЛЕМЕНТОВ

- 1) Методические приемы
- 2) Операции
- 3) Правила
- 4) Законы

## 25. ИССЛЕДОВАНИЕ – ЭТО

- 1) сфера человеческой деятельности, направленная на выработку и теоретическую систематизацию объективных знаний о действительности.
- 2) процесс и результат научной деятельности, направленной на получение новых знаний о закономерностях образования, его структуре и механизмах, содержании, принципах и технологиях.
- 3) проблемы, определение объекта и предмета, целей и задач исследования, формулировка основных понятий (категориального аппарата), предварительный системный анализ объекта исследования и выдвижение рабочей гипотезы
- 4) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом

## 26. ЭКСПЕРИМЕНТ – ЭТО

- 1) это способ достижения дидактической цели через детальную разработку проблемы (технологии), которая должна завершиться вполне реальным, осязаемым практическим результатом, оформленным тем или иным образом
- 2) метод аргументации в философии, а также форма и способ рефлексивного теоретического мышления, имеющего своим предметом противоречие мыслимого содержания этого мышления.
- 3) специально организованная проверка того или иного метода, приема работы для выявления его педагогической эффективности.
- 4) учение о методах, методиках, способах и средствах познания

27. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА НАУЧНОМ ПОНИМАНИИ ЕСТЕСТВЕННЫХ И СОЦИАЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ, СОГЛАСОВЫВАТЬСЯ С ОБЩИМИ ЗАКОНАМИ РАЗВИТИЯ ПРИРОДЫ И ЧЕЛОВЕКА СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности
- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

28. ВОСПИТАНИЕ ДОЛЖНО ОСНОВЫВАТЬСЯ НА ОБЩЕЧЕЛОВЕЧЕСКИХ ЦЕННОСТЯХ И СТРОИТЬСЯ С УЧЕТОМ ОСОБЕННОСТЕЙ ЭТНИЧЕСКОЙ И РЕГИОНАЛЬНОЙ КУЛЬТУР СОГЛАСНО

- 1) принципу природосообразности
- 2) принципу культуросообразности
- 3) деятельностному подходу как принципу гуманистического воспитания
- 4) принципу полисубъектного (диалогического) подхода

29. СПОСОБЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОГО ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА И УЧАЩИХСЯ С ЦЕЛЮ РЕШЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНО-ВОСПИТАТЕЛЬНЫХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

30. ПРОЦЕДУРУ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМПЛЕКСА МЕТОДОВ И ПРИЕМОМ ПО ДОСТИЖЕНИЮ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ЦЕЛИ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) методикой воспитания
- 2) воспитательной технологией
- 3) воспитательной системой

31. РАЗЛИЧНЫЕ ВИДЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ (ИГРОВАЯ, УЧЕБНАЯ, ТРУДОВАЯ И ДР.), А С ДРУГОЙ - СОВОКУПНОСТЬ ПРЕДМЕТОВ И ПРОИЗВЕДЕНИЙ МАТЕРИАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ КУЛЬТУРЫ, ПРИВЛЕКАЕМЫХ ДЛЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ ЭТО

- 1) методы воспитания
- 2) средства воспитания
- 3) методические приемы воспитания

32. К МЕТОДАМ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО СТИМУЛИРОВАНИЯ И КОРРЕКЦИИ ПОВЕДЕНИЯ И ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) наказание
- 2) создание воспитывающих ситуаций
- 3) педагогическое требование
- 4) соревнование
- 5) поощрение

33. К УСЛОВИЯМ ВЫБОРА СИСТЕМООБРАЗУЮЩЕГО ВИДА ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ ОТНОСЯТСЯ

- 1) индивидуальные особенности педагога
- 2) обеспечение целостности всех видов деятельности
- 3) учет этнических характеристик среды
- 4) престижность
- 5) соответствие главной цели и задачам системы

34. К ОСНОВНЫМ УСЛОВИЯМ ДЕЙСТВЕННОСТИ ПРИМЕРА В ВОСПИТАНИИ ОТНОСЯТСЯ

- 1) обстоятельное выяснение причин проступка
- 2) постоянный контроль и оценка результатов деятельности
- 3) авторитетность воспитателя
- 4) реальность достижения целей в определенных обстоятельствах
- 5) близость или совпадения с интересами воспитуемых

35. ПРИНЦИП СВЯЗИ ВОСПИТАНИЯ С ЖИЗНЬЮ ПРЕДПОЛАГАЕТ (один верный ответ)

- 1) формирование общеучебных умений
- 2) соединение воспитания и дополнительного образования
- 3) соединение воспитания с практической деятельностью
- 4) учет индивидуальных особенностей воспитанников

36. ПРОЦЕСС ТЕСТИРОВАНИЯ МОЖЕТ БЫТЬ РАЗДЕЛЕН НА ТАКИЕ ЭТАПЫ, КАК

- 1) выбор теста
- 2) проведение тестирования
- 3) интерпретация результатов
- 4) корректировка
- 5) самоанализ

37. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ЦЕЛЬ – ЭТО (один верный ответ)

- 1) направление работы учителя
- 2) основное положение деятельности учителя
- 3) представление учителя о своей педагогической деятельности
- 4) идеальная модель ожидаемого результата педагогического процесса

38. УЧЕБНЫЙ ПЛАН – ЭТО НОРМАТИВНЫЙ ДОКУМЕНТ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИЙ

- 1) перечень предметов, изучаемых в данном учебном заведении
- 2) количество времени на изучение тем курса
- 3) максимальную недельную нагрузку учащихся
- 4) перечень наглядных пособий
- 5) количество часов в неделю на изучение каждого предмета

39. ВИДАМИ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО КОНТРОЛЯ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВРЕМЕННОГО ПОКАЗАТЕЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) самоконтроль
- 2) текущий
- 3) итоговый
- 4) фронтальный
- 5) предварительный

40. ОТМЕТКОЙ В ДИДАКТИКЕ НАЗЫВАЮТ (один верный ответ)

- 1) количественный показатель оценки знаний
- 2) обеспечение обратной связи с учащимися
- 3) качественный показатель уровня и глубины знаний учащихся
- 4) метод устного контроля



41. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ЗА ОСНОВАНИЕ БЕРЁТСЯ ИСТОЧНИК ПЕРЕДАЧИ ИНФОРМАЦИИ И ХАРАКТЕР ЕЁ ВОСПРИЯТИЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

42. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, В КАЧЕСТВЕ ОСНОВАНИЯ ПРЕДУСМАТРИВАЕТ ЛОГИКУ ИЗЛОЖЕНИЯ МАТЕРИАЛА УЧИТЕЛЕМ И ЛОГИКУ ВОСПРИЯТИЯ ЕГО УЧАЩИМИСЯ (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

43. ПОДХОД К КЛАССИФИКАЦИИ МЕТОДОВ ОБУЧЕНИЯ, ПРИ КОТОРОМ ОСНОВАНИЕМ ВЫСТУПАЕТ СПОСОБ УПРАВЛЕНИЯ ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ХАРАКТЕР УСТАНОВЛЕНИЯ ОБРАТНОЙ СВЯЗИ, ПРЕДЛАГАЕТ ВЫДЕЛЕНИЕ МЕТОДОВ АЛГОРИТМИЗАЦИИ И ПРОГРАММИРОВАННОГО ОБУЧЕНИЯ (Т.А.ИЛЬИНА, Л. Н.ЛАНДА) (один верный ответ)

- 1) Перцептивный подход
- 2) Логический подход
- 3) Гностический подход

44. ЦЕЛЯМИ ОБУЧЕНИЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) внедрение новшеств
- 2) развитие обучаемых
- 3) использование диалоговых форм
- 4) усвоение знаний, умений, навыков
- 5) формирование мировоззрения

45. УЧЕБНИК ВЫПОЛНЯЕТ ТАКИЕ ДИДАКТИЧЕСКИЕ ФУНКЦИИ

- 1) материализованная
- 2) мотивационная
- 3) контролирующая
- 4) информационная
- 5) альтернативная

**Дополните высказывание**

46. . РЕЧЬ И ДЕЙСТВИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ, А ТАКЖЕ ЛЮБЫЕ МАТЕРИАЛЬНЫЕ ОБЪЕКТЫ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЕМ И СУБЪЕКТОМ УЧЕНИЯ ПРИ ОБУЧЕНИИ-\_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

47. ИЗБРАННАЯ СОВОКУПНОСТЬ И ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОСТЬ *МЕТОДОВ, СРЕДСТВ, ФОРМ ОБУЧЕНИЯ*, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИЕ ДОСТИЖЕНИЕ ЯВНО СФОРМУЛИРОВАННОЙ ЦЕЛИ-\_\_\_\_\_ ОБУЧЕНИЯ

48. ОПРЕДЕЛЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ВЫПОЛНЕНИЯ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ ОПЕРАЦИИ, КОТОРАЯ НЕОБХОДИМО ДОЛЖНА ПРИСУТСТВОВАТЬ В

ОБУЧЕНИИ, НО МОЖЕТ БЫТЬ ВЫПОЛНЕНА ПО-РАЗНОМУ- \_\_\_\_\_  
ОБУЧЕНИЯ

49. СПЕЦИАЛЬНО ОТОБРАННАЯ И ПРИЗНАННАЯ ОБЩЕСТВОМ (ГОСУДАРСТВОМ) СИСТЕМА ЭЛЕМЕНТОВ *ОБЪЕКТИВНОГО ОПЫТА ЧЕЛОВЕЧЕСТВА*, УСВОЕНИЕ КОТОРОЙ НЕОБХОДИМО ДЛЯ УСПЕШНОЙ *ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ИНДИВИДА* В ИЗБРАННОЙ ИМ СФЕРЕ ОБЩЕСТВЕННО-ПОЛЕЗНОЙ ПРАКТИКИ - \_\_\_\_\_ ОБРАЗОВАНИЯ

50. ФРАГМЕНТ *СОДЕРЖАНИЯ ОБРАЗОВАНИЯ*, ВЫДЕЛЕННЫЙ С УЧЕТОМ ЕГО НАУЧНОЙ, МЕТОДИЧЕСКОЙ ИЛИ ПРАГМАТИЧЕСКОЙ СПЕЦИФИКИ, САМОСТОЯТЕЛЬНО ОБОЗНАЧЕННЫЙ В УЧЕБНОМ ПЛАНЕ - \_\_\_\_\_

### Тестовые задания самоконтроля по модулю II.

**Выберите один или несколько правильных ответов**

01. ВОСПИТЫВАЮЩЕЕ И ОБУЧАЮЩЕЕ ВОЗДЕЙСТВИЕ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ НА СТУДЕНТА, НАПРАВЛЕННОЕ НА ЕГО ЛИЧНОСТНОЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЕ И ДЕЯТЕЛЬНОСТНОЕ РАЗВИТИЕ, НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) преподаванием
- 2) педагогической деятельностью
- 3) образованием
- 4) научением

02. ПРИЗНАНИЕ САМОЦЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ, РЕАЛИЗАЦИЯ ВНУТРЕННЕЙ И ВНЕШНЕЙ СВОБОДЫ – ЭТО ПРИНЦИП

- 1) гуманизма
- 2) непрерывности
- 3) демократизации
- 4) целостности

03. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

04. ЗНАНИЕ ПОЛОЖЕНИЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ТЕОРИИ, УМЕНИЕ АНАЛИЗИРОВАТЬ СОБСТВЕННУЮ НАУЧНУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ВХОДЯТ В СОСТАВ

- 1) базовой культуры личности
- 2) методологической культуры учителя
- 3) педагогической культуры
- 4) культуры личности

05. ПЕДАГОГИЧЕСКАЯ ПРОФЕССИЯ ОТНОСИТСЯ К \_\_\_\_\_ ТИПУ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

1. артономическому
2. биономическому
3. технономическому
4. социономическому

06. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОРИЕНТАЦИЯ – ЭТО СИСТЕМА ТАКИХ ВЗАИМОСВЯЗАННЫХ КОМПОНЕНТОВ, КАК

- 1) профдиагностика
- 2) самообразование
- 3) профессиональное просвещение
- 4) профессиональный отбор
- 5) развитие общей культуры

07. ЕСЛИ ПЕДАГОГ ПРИСПОСАБЛИВАЕТ СВОЕ ОБЩЕНИЕ К ОСОБЕННОСТЯМ АУДИТОРИИ, ТО ЕГО ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ МОЖНО ОТНЕСТИ К \_\_\_\_\_ УРОВНЮ

- 1) адаптивному
- 2) локально-моделирующему
- 3) продуктивному
- 4) творческому

08. ФОРМА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ, ПРЕДПОЛАГАЮЩАЯ ОКАЗАНИЕ ПОМОЩИ УЧАЩИМСЯ В ВЫБОРЕ ПРОФЕССИИ, НАЗЫВАЕТСЯ (один верный ответ)

- 1) собеседование
- 2) консультацией
- 3) просвещением
- 4) диагностикой

09. АСПИРАНТ ГОТОВИТСЯ К СЛЕДУЮЩИМ ВИДАМ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) педагогическая
- 2) культурно-просветительская
- 3) коммуникативно-рефлексивная
- 4) научно- методическая

10. ПРОФЕССИЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОТНОСИТСЯ К СИСТЕМЕ (один верный ответ)

- 1) человек-техника
- 2) человек-человек
- 3) человек-природа
- 4) человек-знаковая система

11. РОД ТРУДОВОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ЧЕЛОВЕКА, ПРЕДМЕТ ЕГО ПОСТОЯННЫХ ЗАНЯТИЙ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) профессией
- 2) творчеством
- 3) специализацией
- 4) мастерством

12. В ГРУППУ ОБЩЕПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ ВХОДЯТ ТАКИЕ УМЕНИЯ, КАК

- 1) конструктивные
- 2) организаторские
- 3) общеучебные
- 4) коммуникативные
- 5) двигательные

13. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ НАПРАВЛЕННОСТЬ ЛИЧНОСТИ ПЕДАГОГА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ

- 1) профессиональные намерения и склонности
- 2) коммуникативные возможности
- 3) педагогическое призвание
- 4) общеучебные умения и навыки
- 5) интерес к профессии учителя

14. ОСНОВАНИЯМИ ДЛЯ ДИФФЕРЕНЦИАЦИИ СПЕЦИАЛЬНОСТЕЙ ПЕДАГОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) виды педагогической деятельности
- 2) возрастные периоды развития ребенка
- 3) психофизические и социальные факторы развития личности ребенка
- 4) сроки обучения в вузе
- 5) предметные области знаний

15. ОПИСАНИЕ СИСТЕМЫ ПРИЗНАКОВ, ХАРАКТЕРИЗУЮЩИХ ТУ ИЛИ ИНУЮ ПРОФЕССИЮ, ПЕРЕЧЕНЬ НОРМ И ТРЕБОВАНИЙ К РАБОТНИКУ НАЗЫВАЕТСЯ

- 1) должностной инструкцией
- 2) государственным образовательным стандартом
- 3) технологией
- 4) профессиограммой

16. ПЕДАГОГ, СТРЕМЯЩИЙСЯ К РАВНОПРАВНОМУ ВЗАИМОДЕЙСТВИЮ В ВОСПИТАННИКАМИ И ПРИЗНАЮЩИЙ ИХ ПРАВО НА СОБСТВЕННОЕ МНЕНИЕ, ИМЕЕТ \_\_ СТИЛЬ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) либеральный
- 2) авторитарный
- 3) демократический
- 4) конструктивный

17. ДЕМОКРАТИЧЕСКИЙ СТИЛЬ УПРАВЛЕНИЯ ПРЕДПОЛАГАЕТ

- 1) сочетание коллегиальности и единоначалия
- 2) ведущую роль администрации
- 3) представление полной свободы подчиненным
- 4) использование административных методов

18. С УЧЁТОМ ХАРАКТЕРА УПРАВЛЕНИЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ СТУДЕНТОВ  
ВЫДЕЛЯЮТ СТИЛИ (один верный ответ)

- 1) авторитарный, демократический, либеральный
- 2) эмоционально-импровизационный, эмоционально-методический, рассуждающе-методический
- 3) индивидуалистический стиль, амбивалентный
- 4) копирующий стиль, ориентированный на результат

19. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН КАК НА  
ПРОЦЕСС ТАК И НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающе-импровизационный
- 4) эмоционально- методический

20. В ПРОЦЕССЕ РАЗВИТИЯ СТОЛКНОВЕНИЯ КОНФЛИКТНАЯ СИТУАЦИЯ  
ВСЕГДА

- 1) возникает в процессе разрешения конфликта
- 2) предшествует конфликту, но не является его основой
- 3) предшествует конфликту, является его основой
- 4) возникает только при скрытом конфликте

21. КОНФЛИКТ, ПРИ КОТОРОМ ДЕЙСТВУЮЩИЕ ЛИЦА СТРЕМЯТСЯ  
РЕАЛИЗОВАТЬ В СВОЕЙ ЖИЗНЕДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЗАИМОИСКЛЮЧАЮЩИЕ ЦЕЛИ

- 1) внутриличностный
- 2) межличностный
- 3) межгрупповой
- 4) личностно-групповой

22. ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ВЫСТУПАЕТ КАК ОБРАЗЕЦ ДЛЯ ПОДРАЖАНИЯ,  
ПОДЛЕЖАЩИЙ БЕЗУСЛОВНОМУ КОПИРОВАНИЮ, ЕГО СТИЛЬ (один верный  
ответ)

- 1) «Сократ»
- 2) «Генерал»
- 3) « Менеджер»
- 4) «Мастер»

23. НИЗКАЯ ВНУТРЕННЯЯ КОНФЛИКТНОСТЬ И САМООБВИНЕНИЕ  
ХАРАКТЕРНЫ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЕЙ СО СТИЛЕМ (один верный ответ)

- 1) авторитарным
- 2) демократическим
- 3) либеральным
- 4) анархическим

24. К СИГНАЛАМ, ПРЕДУПРЕЖДАЮЩИМ КОНФЛИКТ ОТНОСЯТ

- 1) кризис, недоразумение
- 2) инциденты, напряжение, дискомфорт
- 3) переутомление, неудовлетворённость
- 4) плохое настроение, ощущение ненужности

25. СТИЛЬ, ПРИ КОТОРОМ ПРЕПОДАВАТЕЛЬ ОРИЕНТИРОВАН В ОСНОВНОМ НА РЕЗУЛЬТАТ ОБУЧЕНИЯ (один верный ответ)

- 1) рассуждающе- методический
- 2) эмоционально-импровизационный
- 3) рассуждающее- импровизационный
- 4) эмоционально- методический

26. СИСТЕМА ПРИЁМОВ И СПОСОБОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЫПОЛНЕНИЯ ЧЕЛОВЕКОМ СВОЕЙ РАБОТЫ (один верный ответ)

- 1) стиль педагогической деятельности
- 2) стиль деятельности
- 3) управление общением
- 4) управление педагогическим общением

27. СОСТОЯНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО НАПРЯЖЕНИЯ ПОБУЖДАЕТ К “АТАКЕ” ИЛИ К “ОТСТУПЛЕНИЮ” ОТ ИСТОЧНИКА НЕПРИЯТНЫХ ПЕРЕЖИВАНИЙ И НАБЛЮДАЕТСЯ В СТАДИИ (один верный ответ)

- 1) зарождения конфликта
- 2) созревания конфликта
- 3) осознания конфликта
- 4) разрешения конфликта

28. КАКИЕ ДЕЙСТВИЯ ПЕДАГОГА ПО ИЗМЕНЕНИЮ ХОДА КОНФЛИКТА ЯВЛЯЮТСЯ КОНФЛИКТОГЕННЫМИ

- 1) отложить решение конфликтной ситуации
- 2) компромиссные
- 3) репрессивные
- 4) агрессивные

29. ПРЕДНАМЕРЕННЫЙ КОНТАКТ (ДЛИТЕЛЬНЫЙ ИЛИ ВРЕМЕННЫЙ) ПЕДАГОГА И ВОСПИТАННИКОВ (ВОСПИТАННИКА), СЛЕДСТВИЕМ КОТОРОГО ЯВЛЯЮТСЯ ВЗАИМНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ИХ ПОВЕДЕНИИ, ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И ОТНОШЕНИЯХ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогическое влияние
- 3) педагогическое воздействие
- 4) конфликт

30. ТРАДИЦИОННЫЙ ПОДХОД ОТОЖДЕСТВЛЯЕТ ПЕДАГОГИЧЕСКИЙ ПРОЦЕСС С ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ПЕДАГОГА И ЗАКРЕПЛЯЕТ

- 1) субъект-субъектные отношения педагога и учащегося

- 2) объект-субъектные отношения педагога и учащегося
- 3) субъект-объектные отношения педагога и учащегося
- 4) объект-объектные отношения педагога и учащегося

31. ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНАЯ, ВЗАИМОУСЛОВЛЕННАЯ СИСТЕМА ДЕЙСТВИЙ ПЕДАГОГА, СВЯЗАННЫХ С ПРИМЕНЕНИЕМ ТОЙ ИЛИ ИНОЙ СОВОКУПНОСТИ МЕТОДОВ ВОСПИТАНИЯ И ОБУЧЕНИЯ, ОСУЩЕСТВЛЯЕМЫХ В ПЕДАГОГИЧЕСКОМ ПРОЦЕССЕ С ЦЕЛЬЮ РЕШЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ЭТО

- 1) педагогическое взаимодействие
- 2) педагогический процесс
- 3) педагогическая технология
- 4) педагогическая система

**Установите соответствие**

32. ГРУППЫ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ УМЕНИЙ

- |                             |                                                 |
|-----------------------------|-------------------------------------------------|
| 1. умения управлять собой   | А. владение своим телом                         |
|                             | Б. владение эмоциональным состоянием            |
| 2. умения взаимодействовать | В. организаторские                              |
|                             | Г. владение техникой контактного взаимодействия |
|                             | Д. дидактические                                |
|                             | Е. владение техникой речи                       |

33. УРОВНИ СФОРМИРОВАННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНО-ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ КУЛЬТУРЫ

- |                    |                                                                                                                             |
|--------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. внегуманитарный | А. включение учебно-воспитательных взаимодействий в сферу профессионального и своего жизненного развития                    |
| 2. нормативный     | Б. создание системы своих взаимодействий с воспитанниками                                                                   |
| 3. технологический | В. поиск новых форм организации обучения и воспитания, технологий                                                           |
| 4. системный       | Г. принятие норм педагогической деятельности, не задумываясь о собственном отношении к ним                                  |
| 5. концептуальный  | Д. отрицание необходимости и возможности профессиональных смыслов своей деятельности, отстаивая только функции передачи ЗУН |

34. ГРУППЫ ФУНКЦИЙ

- |                                                     |                    |
|-----------------------------------------------------|--------------------|
| 1. присущие многим сферам человеческой деятельности | А. информационная  |
|                                                     | Б. конструктивная  |
|                                                     | В. организаторская |
| 2. специфические                                    | Г. коммуникативная |

педагогические

Д. гностическая

Е. воспитательно-развивающая

Ж. ориентационная

З. мобилизационная

И. исследовательская

**Дополните высказывание**

35. ПОБУЖДЕНИЕ К ДЕЙСТВИЮ, СВЯЗАННОЕ С УДОВЛЕТВОРЕНИЕМ ОСОЗНАВАЕМОЙ ПОТРЕБНОСТИ СУБЪЕКТА И ВЫЗЫВАЮЩЕЕ ЕГО АКТИВНОСТЬ В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИИ, ОБЩЕНИИ - \_\_\_\_\_

36. СИСТЕМА САМОРЕГУЛЯЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ, ПОВЕДЕНИЯ И ОБЩЕНИЯ СУБЪЕКТА ВКЛЮЧАЕТ В СЕБЯ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ, ЦЕЛЬ \_\_\_\_\_

37. ОТНОСИТЕЛЬНО ЦЕЛЬНАЯ МОТИВАЦИЯ, ПРИ КОТОРОЙ ПОТРЕБНОСТИ, МОТИВЫ И ЦЕЛИ ВЗАИМОСВЯЗАНЫ И ВЗАИМООБУСЛОВЛЕННЫ - \_\_\_\_\_

38. СПОСОБНОСТЬ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ СВОИХ ПОЛОЖИТЕЛЬНЫХ КАЧЕСТВ И ПРЕОДОЛЕНИЕ ОТРИЦАТЕЛЬНЫХ НАЗЫВАЮТ \_\_\_\_\_

39. ТА ГРАНЬ ЧЕЛОВЕКА, КОТОРАЯ ОТЛИЧАЕТ ЕГО ОТ ЖИВОТНОГО И СОЦИАЛЬНОГО МИРА, КОТОРАЯ СОСТАВЛЯЕТ ЕГО СУБЪЕКТИВНЫЙ МИР - \_\_\_\_\_

40. ПОЗНАЮЩИЙ И ДЕЙСТВУЮЩИЙ ЧЕЛОВЕК, ДЛЯ КОТОРОГО ХАРАКТЕРНО АКТИВНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ СО СРЕДОЙ, ОБМЕН ВЛИЯНИЯМИ: НЕ ТОЛЬКО ПРИНЯТИЕ ЦЕННОСТЕЙ СРЕДЫ, НО И УТВЕРЖДЕНИЕ В НЕЙ СВОИХ ВЗГЛЯДОВ, СВОЕГО ЗНАЧЕНИЯ - \_\_\_\_\_

41. ИНДИВИДУАЛИЗИРОВАННОЕ ОТРАЖЕНИЕ ДЕЙСТВИТЕЛЬНОГО ОТНОШЕНИЯ ЛИЧНОСТИ К ТЕМ ОБЪЕКТАМ, РАДИ КОТОРЫХ РАЗВЕРТЫВАЕТСЯ ЕЁ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ, ОСОЗНАВАЕМОЕ КАК «ЗНАЧЕНИЕ-ДЛЯ-МЕНЯ» \_\_\_\_\_

42. ПЕДАГОГИЧЕСКОЕ УПРАВЛЕНИЕ УЧЕБНО-ПОЗНАВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ ОБУЧАЕМЫХ - \_\_\_\_\_

43. ПРОЦЕСС КОЛИЧЕСТВЕННЫХ И КАЧЕСТВЕННЫХ ИЗМЕНЕНИЙ В ОРГАНИЗМЕ, ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНОЙ И ДУХОВНОЙ СФЕРЕ ЧЕЛОВЕКА, ОБУСЛОВЛЕННЫЙ ВЛИЯНИЕМ ВНЕШНИХ И ВНУТРЕННИХ, УПРАВЛЯЕМЫХ И НЕУПРАВЛЯЕМЫХ ФАКТОРОВ - \_\_\_\_\_

44. СПОСОБНОСТЬ ЧЕЛОВЕКА, ПРОЯВЛЯЮЩАЯСЯ В ОБРАЩЕНИИ СОЗНАНИЯ НА САМОЁ СЕБЯ; ПРОЦЕСС САМОПОЗНАНИЯ СУБЪЕКТОМ ВНУТРЕННИХ ПСИХИЧЕСКИХ АКТОВ И СОСТОЯНИЙ - \_\_\_\_\_

45. ОЦЕНКА ЛИЧНОСТЬЮ САМОЙ СЕБЯ, СВОИХ ВОЗМОЖНОСТЕЙ, КАЧЕСТВ И МЕСТА СРЕДИ ДРУГИХ ЛЮДЕЙ - \_\_\_\_\_

**Выберите один или несколько правильных ответов**



46. В ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ПРОФЕССИИ ВЫДЕЛЯЮТ СЛЕДУЮЩИЕ ВИДЫ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ РАБОТЫ

- 1) учебная
- 2) воспитательная
- 3) вожатская
- 4) административная
- 5) организаторская
- 6) методическая
- 7) внешкольная
- 8) научно-исследовательская

47. К ПСИХОТЕХНИЧЕСКИМ УМЕНИЯМ ОТНОСЯТ

- 1) владение собой, своим телом
- 2) владение способами релаксации для снятия физического и психического напряжения
- 3) владение способами эмоциональной саморегуляции
- 4) владение языковой грамотностью

48. К УМЕНИЯМ ВЗАИМОДЕЙСТВОВАТЬ В ПРОЦЕССЕ РЕШЕНИЯ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ЗАДАЧ ОТНОСЯТ

- 1) диагностические умения
- 2) владение мимикой
- 3) умения целеполагания
  
- 4) отбор и конструирование содержания, форм и методов обучения и воспитания
- 5) организация педагогического взаимодействия
- 6) умения обратной связи

49. СПОСОБНОСТИ, СПЕЦИФИЧЕСКИЕ ДЛЯ ПЕДАГОГИЧЕСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 1) способность вести за собой
- 2) возможность «заражать» и «заряжать» других своей энергией
- 3) образованность
- 4) организаторское чутьё
- 5) способность учитывать психологические особенности обучаемого

50. ОСНОВУ КОМПЕТЕНЦИИ СОСТАВЛЯЮТ

- 1) знания как когнитивный компонент
- 2) умения
- 3) навыки
- 4) эмоции
- 5) ценностно-смысловое отношение к профессии

## ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

### «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

#### Перечень вопросов для устного собеседования

1. Определение и задачи Всероссийской службы медицины катастроф.
2. Организация Всероссийской службы медицины катастроф.
3. Служба медицины катастроф Министерства здравоохранения РФ.
4. Формирования и учреждения ВСМК.
5. Задачи и структура полевого многопрофильного госпиталя
6. Врачебные линейные бригады скорой медицинской помощи.
7. Врачебно-сестринские бригады.
8. Понятие о лечебно-эвакуационном обеспечении в чрезвычайных ситуациях.
9. Понятие об этапе медицинской эвакуации.
10. Взаимодействие службы медицины катастроф с службой скорой медицинской помощи при ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций.
11. Понятие о медицинской сортировке.
12. Этиопатогенез, клиническая картина, диагностика и современные подходы к лечению миоренального синдрома на этапах медицинской эвакуации.
13. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения минно-взрывной патологии на этапах медицинской эвакуации.
14. Клинические проявления, особенности диагностики и лечения огнестрельных ранений на этапах медицинской эвакуации .
15. Повреждения внутренних органов при минно-взрывной патологии.
16. Минно-взрывная травма как причина политравмы.
17. Виды ионизирующих излучений. Биологическое действие ионизирующих излучений. Классификация радиационных поражений.
18. Классификация, клинические проявления, диагностика острой лучевой болезни от внешнего облучения. Медицинская помощь на этапах медицинской эвакуации.
19. Особенности острой лучевой болезни при внешнем неравномерном облучении.
20. Особенности радиационных поражений при воздействии нейтронного облучения.
21. Определение индивидуальных доз лучевого поражения.
22. Основные направления лечения острой лучевой болезни.
23. Классификация токсичных химических веществ и краткая характеристика групп.
24. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
25. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами пульмонотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
26. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами цитотоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
27. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами общетоксического действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.
28. Принципы оказания медицинской помощи пораженным токсичными химическими веществами в условиях чрезвычайных ситуаций мирного и военного времени.
29. Основные группы и схемы применения антидотов.
30. Клиническая классификация, клинические проявления и диагностика поражений токсичными химическими веществами раздражающего действия. Медицинское обеспечение на этапах медицинской эвакуации.

## **Банк тестовых заданий (с ответами)**

1. Всероссийская служба медицины катастроф – это:
  - а. **функциональная подсистема РСЧС;**
  - б. территориальная подсистема РСЧС;
  - в. структурное подразделение МЧС;
  - г. структурное подразделение Министерства здравоохранения РФ.
  
2. Полевой многопрофильный госпиталь ВЦМК «Защита» при работе в зоне ЧС предназначен:
  - а. для оказания первой помощи;
  - б. для оказания первой врачебной помощи;
  - в. **для оказания квалифицированной с элементами специализированной медицинской помощи;**
  - г. для оказания специализированной медицинской помощи.
  
3. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
  - а. **хирургическое отделение;**
  - б. травматологическое отделение;
  - в. неврологическое отделение;
  - г. нейрохирургическое отделение.
  
4. Переменная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
  - а. бригады доврачебной помощи;
  - б. врачебно-сестринские бригады;
  - в. **бригады специализированной медицинской помощи;**
  - г. бригады экстренного реагирования.
  
5. Постоянная часть штатной структуры Полевого многопрофильного госпиталя включает:
  - а. бригады доврачебной помощи;
  - б. врачебно-сестринские бригады;
  - в. бригады специализированной медицинской помощи;
  - г. **бригады экстренного реагирования.**
  
6. К формированиям службы медицины катастроф, предназначенным для оказания пораженным первой врачебной помощи, относятся:
  - а. фельдшерские линейные бригады скорой медицинской помощи;
  - б. **врачебно-сестринские бригады;**
  - в. бригады специализированной медицинской помощи.
  
7. К формированиям службы медицины катастроф относятся:
  - а. «Всероссийский центр медицины катастроф «Защита» Минздрава России»;
  - б. «Территориальный центр медицины катастроф» субъекта РФ;
  - в. **бригады специализированной медицинской помощи;**
  - г. областная клиническая больница
  
8. Основной принцип организации лечебно-эвакуационного обеспечения в ЧС:
  - а. централизация и децентрализация управления ЛЭО;

**б. максимальное приближение сил и средств медицинской службы к очагу массовых санитарных потерь;**

в. использование только стационарных многопрофильных лечебных учреждений.

9. Под этапом медицинской эвакуации понимают:

а. лечебные учреждения для оказания пораженным амбулаторной медицинской помощи;

**б. медицинские учреждения, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для приема пораженных, медицинской сортировки, оказания им медицинской помощи, лечения и подготовки к дальнейшей эвакуации;**

в. перевалочные транспортные базы, развернутые на путях эвакуации и предназначенные для погрузки и транспортировки пораженных

10. В современной системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС принята:

**а. двухэтапная система ЛЭО;**

б. трехэтапная система ЛЭО;

в. четырехэтапная система ЛЭО;

г. одноэтапная система ЛЭО.

11. «Сокращение» объема того или иного вида медицинской помощи возможно:

**а. при подготовке этапа медицинской эвакуации к перемещению;**

б. при придании этапу медицинской эвакуации дополнительных сил и средств;

в. при нарушении или невозможности эвакуации пострадавших.

г. все вышеперечисленное верно.

12. Объем первой врачебной помощи при огнестрельном ранении бедра:

а. первичная хирургическая обработка раны, противошоковая терапия;

**б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения, серофилактика столбняка;**

в. обязательная замена защитной повязки, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

13. Объем квалифицированной помощи при огнестрельном ранении бедра:

**а. первичная хирургическая обработка, рыхлое тампонирующее раны, противошоковая терапия;**

б. исправление защитной повязки, введение антибиотика, остановка кровотечения;

в. временная остановка кровотечения, обезболивание, транспортная иммобилизация;

г. первичная хирургическая обработка, зашивание раны.

14. Наиболее частое осложнение при переломе грудины:

а. повреждение легких;

б. пневмоторакс;

в. гемоторакс;

**г. повреждение сердца.**

15. Для первичной хирургической обработки ран с продолжающимся кровотечением при оказании квалифицированной помощи пострадавших направляют:

а. в операционную;

- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к эвакуации.

16. Пострадавших с наложенным жгутом при оказании квалифицированной помощи направляют:

- а. в операционную;
- б. в перевязочную в первую очередь;**
- в. в перевязочную во вторую очередь;
- г. в госпитальное отделение для подготовки к экстренной эвакуации.

17. Куда следует направить пострадавшего с огнестрельной раной бедра без повреждения магистральных сосудов в декомпенсированной обратимой фазе шока при оказании квалифицированной помощи?

- а. в операционную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- б. в перевязочную для первичной хирургической обработки раны с параллельным проведением противошоковой терапии;
- в. в противошоковую для проведения противошоковой терапии, а затем в перевязочную для первичной хирургической обработки;**
- г. в госпитальное отделение для проведения противошоковой терапии и последующей эвакуации.

18. Симптом, характерный для перелома костей таза:

- а. гематома в области промежности;
- б. крепитация в области верхней трети бедра;
- в. императивный позыв на мочеиспускание;
- г. симптом «прилипшей пятки».**

19. В основе механизма токсического действия ФОС лежит:

- а. снижение синтеза ацетилхолина;
- б. инактивация холинэстеразы;**
- в. активация холинэстеразы;
- г. повышение синтеза ацетилхолина.

20. Какое действие оказывает ФОС на рецепторы в начальных стадиях интоксикации:

- а. адреномиметическое;
- б. адренолитическое;
- в. холиномиметическое;**
- г. холинолитическое.

21. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. прямое возбуждающее действие на холинорецепторы;**
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. инактивация холинэстеразы;
- г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.

22. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:

- а. замедляет освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;
- б. снижение синтеза ацетилхолина;
- в. реактивация холинэстеразы;
- г. повышение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.**

23. Синаптическое неантихолинэстеразное действие ФОС:
- а. **усиленное освобождение ацетилхолина из пресинаптической мембраны;**
  - б. снижение синтеза ацетилхолина;
  - в. реактивация холинэстеразы;
  - г. снижение чувствительности холинорецепторов к ацетилхолину.
24. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
  - б. **ингибируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);**
  - в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - г. иммуностимулирующее.
25. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - б. **иммунодепрессивное;**
  - в. тормозят перекисное окисление липидов;
  - г. уменьшают проницаемость мембран.
26. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. угнетение действия холинэстеразы в нервной системе;
  - б. **активируют перекисное окисление липидов;**
  - в. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - г. иммуностимулирующее.
27. Внесинаптическое действие ФОС:
- а. активируют ложные эстеразы (сыворотки крови, эритроцитов, печени);
  - б. иммуностимулирующее;
  - в. тормозят перекисное окисление липидов;
  - г. **повышают проницаемость мембран.**
28. Отравление ФОС может возникнуть при поступлении токсиканта:
- а. через кожу и слизистые оболочки;
  - б. ингаляционно;
  - в. через желудочно-кишечный тракт;
  - г. **при любом пути поступления.**
29. Реактиватором холинэстеразы является:
- а. атропин;
  - б. метацин;
  - в. унитиол;
  - г. **дипироксим.**
30. Психоневротическая форма поражения ФОС относится к:
- 1. легкой степени поражения;
  - 2. **средней тяжести;**
  - 3. тяжелой;
  - 4. крайне-тяжелой.
31. К корпускулярным относятся излучения:
- а. рентгеновское, гамма-излучение;

**б. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны, ядра легких элементов, мезоны;**

в. бета-частицы, протоны, альфа-частицы, нейтроны рентгеновское, гамма-излучение;

г. гамма-излучение, протоны, альфа-частицы, нейтроны.

32. Бета-частицы ( $\beta^-$ ,  $\beta^+$ ) – это:

а. поток нейтральных частиц с массой, равной массе протона (масса покоя 1,009 аем), обладающих большой проникающей способностью;

б. коротковолновое электромагнитное излучение, аналогичное рентгеновским лучам, состоящее из потока элементарных частиц электрически нейтральных, не имеющих массы покоя и обладающих большой проникающей способностью в различные материалы и биологические ткани;

**в. поток электронов, имеющих отрицательный заряд -1 или положительный +1 и очень небольшую массу покоя, в 1840 раз меньше массы протона и способных проникать в биологические ткани на глубину 5-7 см;**

г. поток ядер атома гелия, состоящих из двух протонов и двух нейтронов, имеющих массу покоя 4 аем и положительный заряд +2

33. Доза гамма- или гамма-нейтронного облучения, вызывающая при кратковременном облучении ОЛБ:

а. 1 рад;

б. 25 рад;

**в. 100 рад;**

г. 50 рад.

34. К плотноионизирующим излучениям относят излучения ЛПЭ (линейная передача энергии) которых составляет:

а. > 10 МэВ/мкм;

б. < 10 кэВ/мкм;

в. < 10 МэВ/мкм;

**г. > 10 кэВ/мкм.**

35. I степень ожога в результате действия светового излучения характеризуется:

**а. болезненными ощущениями, гиперемией, незначительным повышением температуры тела;**

б. резкими болезненными ощущениями, выраженной гиперемией, наличием язв и некротических изменений кожных покровов, значительным повышением температуры тела;

в. сильными болезненными ощущениями, гиперемией, наличием пузырей на коже, повышением температуры тела;

г. поражением не только кожи, но глубже лежащих тканей.

36. Последовательность стадий развития радиационного биологического эффекта:

а. физическая, химическая, физико-химическая, стадия биологических реакций;

**б. физическая, физико-химическая, химическая, стадия биологических реакций;**

в. стадия биологических реакций, физическая, физико-химическая, химическая;

г. химическая, физико-химическая, физическая, стадия биологических реакций.

37. Для III стадии пострадиационных изменений костного мозга характерно:

- а. системная регенерация костного мозга;
- б. короткий абортный подъем миелокариоцитов;**
- в. ранний некробиоз кроветворных клеток;
- г. опустошение костного мозга.

38. Ранние изменения в миокарде определяются только при облучении в дозе:

- а. 10 Гр и выше;**
- б. 5 Гр и выше;
- в. 1 Гр и выше;
- г. 30 Гр и выше.

39. Церебральная форма ОЛБ развивается при поглощенной дозе:

- а. 10-20 Гр;
- б. 1-10 Гр;
- в. 20-80 Гр;
- г. свыше 80 Гр.**

40. Токсемическая форма ОЛБ характеризуется:

- а. гемодинамическими нарушениями;**
- б. коллапсом непосредственно после облучения;
- в. признаками отека мозга;
- г. неврологическими нарушениями.

#### Банк ситуационных клинических задач

**Задача №1.** Во время ДТП бортом перевернувшегося автомобиля была придавлена левая голень средней трети. Извлечен через 5 часов. Определяется деформация и патологическая подвижность голени на уровне сдавления. Тактильная и болевая чувствительность ниже места сдавления сохранена. Возможны активные движения стопы.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача №2.** Пострадавшая находится под обрушенным перекрытием здания 4 часа. Жалуется на чувство распирания и жжения в правой руке. Под балкой находится правая рука чуть выше уровня локтя. Кожные покровы бледные, дыхание учащенное, пульс 100 уд/мин, АД 100/70 мм рт ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача №3.** В результате автомобильной аварии нижние конечности водителя автомобиля оказались придавлены двигателем машины. В течение 4 часов освободить конечности не представлялось возможным. Кожные покровы больного бледные. Жалобы на слабость, тошноту. Пульс 100 уд в минуту. Артериальное давление 100/60 мм рт. ст. На передней поверхности бедер видны продольные вмятины от сдавливающих деталей двигателя.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.



**Задача № 4.** Пострадавший доставлен через 2 часа после ранения осколком снаряда в левую подлопаточную область. Положение на носилках вынужденное - полусидя. Беспокоен. Дыхание затрудненное, поверхностное - 32 в мин. Выраженная одутловатость верхней половины туловища, шеи и головы, при пальпации определяется крепитация. Над левой половиной грудной клетки определяется тимпанит. Средостение резко смещено вправо. Губы цианотичны. Кровохарканье. Из-под сбившейся в левой подлопаточной области повязки видна рана 3x2 см, присасывания воздуха нет. Пульс 110 в мин., АД - 90/50 мм рт. ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 5.** Подорвался на mine. Доставлен через 2 часа после ранения. Сознание сохранено, стонет. Кожные покровы бледные. На лбу капли пота. Левая стопа оторвана. В нижней трети левой голени наложен кровоостанавливающий жгут, ниже которого повязка умеренно пропитанная кровью. Пульс 110 в мин, слабого наполнения. АД - 90/50 мм рт.ст.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 6.** Пострадавший А доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Индивидуальный дозиметр отсутствует. Жалуется на общую слабость, тошноту, головную боль, жажду.

Непосредственно после взрыва возникла многократная рвота, затем потерял сознание на 20-30 мин. При осмотре заторможен, адинамичен, гиперемия лица, речь затруднена, частые позывы на рвоту. Пульс 120 уд/мин, слабого наполнения, тоны сердца приглушены. АД – 90/60 мм рт. ст., дыхание везикулярное.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 7.** Пострадавший В доставлен через 2 часа после ядерного взрыва. Жалуется на общую слабость, головокружение, тошноту. Примерно через 1 час после облучения отмечалась повторная рвота, в очаге принял внутрь 2 таблетки этаперазина. При осмотре в сознании, незначительная гиперемия лица. Пульс 94 уд/мин, удовлетворительного наполнения, тоны сердца звучные, АД – 105/70 мм рт. Ст., дыхание везикулярное. Показания индивидуального дозиметра 2,7 Гр.

1. Сформулируйте диагноз.
2. Лечебно-диагностические мероприятия на этапе первой врачебной помощи.
3. Эвакуационное предназначения пораженного.

**Задача № 8.** Во время аварии на заводе с выбросом ТХВ с опозданием надел противогаз. Растерян, пассивен, не способен выполнить свои обязанности. На вопросы отвечает односложно. Жалуется на чувство тяжести в груди. Движения вялые, медленные. 1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ. Сонлив, безучастен, отвечает только на громкие вопросы. На лице выражение растерянности и недоумения. Зрачки узкие, саливация, чувство тяжести в груди.

КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ. К окружающему безразличен, на вопросы отвечает только при настойчивом их повторении. Лежит без движения, затем внезапно пытается подняться. Спросил: «Куда меня привезли?». Зрачки узкие, чувство тяжести в груди, саливация.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
- 3.Эвакуационные предназначения пораженного.

**Задача № 9.** Находясь в зараженной ТХВ зоне, с опозданием надел противогаз. Вскоре появились беспокойство, чувство сдавления грудной клетки и нехватки воздуха, затрудненное дыхание, перешедшее в удушье. Присоединились судороги клонического и тонического характера. Рвота, понос.

**1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Цианоз. Дыхание затрудненное с удлиненным выдохом и хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические клонические и тонические судороги. Зрачки узкие. Из рта и носа слизистые выделения. Пульс 84 в минуту, мягкий, отмечаются нерегулярные экстрасистолы.

**КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен из химического очага в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Арефлексия. Миоз. Цианоз. Обильные слизистые выделения изо рта и носа. Дыхание затруднено, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Пульс 76 уд. в минуту, легко сжимаем, аритмичный. Тоны сердца ослаблены, выслушиваются экстрасистолы. Артериальное давление 95/55 мм.рт.ст.

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
- 3.Эвакуационные предназначения пораженного.

**Задача № 10.** ОЧАГ. В химическом очаге появились беспокойство, чувство нехватки воздуха, а затем удушье. Присоединились судороги, потеря сознания. В противогазе. Маска разорвана.

**1-я ВРАЧЕБНАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен из химического очага в тяжелом бессознательном состоянии. Резкий цианоз. Дыхание судорожное, с хрипами, слышимыми на расстоянии. Периодические тонико-клонические судороги. Зрачки сужены, изо рта обильное выделение слизи.

**КВАЛИФИЦИРОВАННАЯ ПОМОЩЬ.** Доставлен в тяжелом состоянии. Сознание помрачено. Рвота, понос. Дыхание затруднено, периодически - удушье. Схваткообразные боли в животе. Кожа влажная. Зрачки узкие. Цианоз. Из рта - обильное выделение пенистой жидкости, (пульс 68 в минуту, аритмичный, артериальное давление 85/50 мм.рт.ст.)

- 1.Сформулируйте диагноз.
- 2.Лечебно-диагностические мероприятия на этапах медицинской эвакуации.
- 3.Эвакуационные предназначения пораженного.