


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 ключ:
123d1d365abac3d0cd5b93c39c0f12a00bb02446

Приложение 10 к ОПОП

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

«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 обучающихся по практикам

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**

Для обучающихся 2022, 2023 года поступления

Волгоград, 2023

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 обучающихся по практикам ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.29 Гематология.

Рабочая программа обсуждена на заседании кафедры протокол № 15 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.И. Науменко

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

Секретарь Ученого совета  В.Д. Заклякова

Тестовые задания для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практикам ОПОП подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.29 «Гематология».

1.Производственная (клиническая) практика (базовая)

Темы индивидуальных заданий

1. определить показания к госпитализации, организовать ее в соответствии с состоянием больного; провести дифференциальную диагностику основных заболеваний системы крови, обосновать клинический диагноз;
2. разработать схему, план и тактику ведения больного в сложных клинических случаях, обосновать дифференциальный диагноз, показания и противопоказания к назначению специфической и неспецифической терапии;
3. разработать план подготовки больного к химиотерапии;
4. провести дифференциальную диагностику гематологических заболеваний с заболеваниями органов дыхания и средостения, заболеваниями кожи, инфекционными заболеваниями; организовать перевод больных в профильные больницы и стационары;
5. использовать методики распознавания и лечения следующих неотложных состояний: анафилактический шок, инфаркт миокарда, инсульт, черепно-мозговая травма, «острый живот», внематочная беременность, гипогликемическая и гипергликемическая кома, клиническая смерть;
6. организовать комплексную реабилитацию больных с заболеваниями системы крови в стационарных, амбулаторных условиях;
7. правильно и максимально полно собрать анамнез болезни и анамнез жизни гематологического больного;
8. выявить характерные признаки имеющегося заболевания системы крови, в том числе у лиц молодого возраста и у пожилых;
9. обосновать назначение необходимых лабораторно-инструментальных исследований;
10. оценить морфологические и биохимические показатели крови, мочи, мокроты и других биологических сред, данные рентгеноскопии и рентгенографии, ЭКГ, ЭХО-графии, КТ и МРТ в диагностике патологического процесса и определении его активности;
11. разработать обоснованную схему современной этиотропной, патогенетической и симптоматической терапии при различных гематологических заболеваниях;
12. провести комплексное лечение больного с учетом соматического состояния пациента, включающее режим, диету, медикаментозные средства, заместительную и поддерживающую терапию, физиотерапию.

Вопросы для устного собеседования

1. Порядок оказания помощи больным с гематологическими заболеваниями.
2. Положения об организации деятельности отделения гематологии для взрослых.
3. Стандарты оснащения кабинета врача –гематолога поликлиники.
4. Медицинская экспертиза больных с заболеваниями системы крови.
5. Назовите FAB- классификацию лейкозов.
6. Перечислите причины возникновения анемий различного генеза.
7. Приведите классификацию ВОЗ МДС с их клиническими особенностями.
8. Назовите принципы лечения пациентов с острым лейкозом.
9. Приведите классификацию лимфом с их клиническими особенностями
10. Охарактеризуйте принципы диагностики В-клеточных лимфом.
11. Охарактеризуйте механизм таргетной терапии в лечении В-клеточных лимфом.
12. Перечислите и охарактеризуйте виды терапии заболеваний систем крови.
13. Охарактеризуйте клинические и лабораторные критерии к заместительной терапии.
14. Охарактеризуйте основные этапы обследования больных с заболеваниями системы крови.
15. Перечислите лабораторные методы диагностики.
16. Охарактеризуйте особенности лечения больных химиотерапией ?
17. Современные подходы к лечению ЖДА.
18. Мегалобластные анемии : клиника, диагностика, лечение.
19. Современные принципы лечения при патологии системы гемостаза.
20. Гемостатические средства. Классификация.
21. Назовите принципы диагностики, лечения и наследственных и приобретенных тромбоцитопатий.
22. Множественная миелома: общие понятия, классификация.
23. Клиника, диагностика и лечение множественной миеломы.
24. Трансплантация костного мозга. РТПХ. РХПТ.
25. Макроглобулинемия Вальденстрема . Дифференциальный диагноз, лечение.
26. Геморрагические диатезы. Классификация, принципы диагностики.
27. Назовите определение анафилактического шока. Какие этиологические факторы могут привести к развитию анафилактического шока в гематологии?
28. Охарактеризуйте стадии развития анафилактического шока.
29. Перечислите неотложные мероприятия при анафилактическом шоке.
30. Назовите основные меры профилактики анафилактического шока.
31. Регуляция кроветворения. Основные принципы.
32. Цитохимические и цитогенетические методы исследования.

33. Аутоиммунные заболевания в гематологии.
34. Охарактеризуйте особенности патогенеза аспириновой тромбоцитопатии.
35. Анатомия и физиология органов кроветворной системы.
- 36.36. Какие бывают осложнения костномозговой пункции? Методы коррекции осложнений процедуры.
37. Перечислите цели и показания к трепанобиопсии.
38. Перечислите противопоказания к проведению трепанобиопсии. Особенности метода в различных возрастных группах.
- 39.. Какие возможны осложнения трепанобиопсии? Метод их профилактики и коррекции осложнений процедуры.
- 40.. Перечислите цели и показания к проведению люмбальной пункции. Показания и противопоказания к проведению исследования. Особенности метода при различных состояниях.
41. Какие возможны осложнения люмбальной пункции. Методы коррекции осложнений процедуры.
42. Перечислите перечень препаратов, разрешенных для интратекального введения.
43. Перечислите алгоритм осмотра ABCDE у пациента в критическом состоянии.
44. Перечислите основные и дополнительные критерии клинической смерти?
45. Продемонстрируйте алгоритм проведения базовой СЛР. Продемонстрируйте алгоритм проведения базовой СЛР.
46. Какие электронные документы Вы заполняли/составляли при прохождении практики? Каковы требования к их содержанию?

Практические навыки

1. – Определение группы крови и резус-фактора;
2. – Правила и техника переливания крови, препаратов крови, кровезаменителей;
3. – Стернальная пункция;
4. – Трепанобиопсия;
5. – Клинические методы обследования больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
6. – Ведение медицинской документации (в стационаре, поликлинике);
7. – Экстренная помощь при неотложных состояниях;
8. – Оказания неотложной помощи при острых аллергических реакциях (анафилактический шок);

9. – Правильной оценки результатов специальных методов обследования (ультразвуковые, рентгенологические, магнитно-резонансной и компьютерной томографии).

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 в 9/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 СОЭу 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 –130г/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.–140г/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 –145г/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 –136г/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

лейкоцитоз

нейтропения

нет изменений

22. Какие патологические изменения имеются в представленной гемограмме: гемоглобин –140г/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

гемотранфузионная 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 нейтрофилизом

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 проб

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

Типовые ситуационные задачи для промежуточной аттестации по практикам в ординатуре по специальности 31.08.29 Гематология

1. Больная Т. 27 лет. В течение 3-х лет замечает нарастание общей слабости, зуда. Последнее время выраженная потливость, лихорадка до 39⁰С (выявила случайно, померив температуру). При осмотре обнаружены увеличенные до 3 см в диаметре надключичные лимфатические узлы слева. Узлы подвижные, эластичные, с кожей не спаяны. Селезенка увеличена, умеренно плотная, выступает на 2-3 см из-под края реберной дуги. Кровь: общий анализ без особенностей, только СОЭ увеличена до 40 мм/час.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. План обследования

2. Больной Р., 63 года, предъявляет жалобы на снижение аппетита, похудание, умеренную общую слабость, одышку. При осмотре – кожные покровы, видимые слизистые бледные. Пальпируются плотные, безболезненные, подвижные лимфоузлы размером 3-3,5 см. В легких дыхание везикулярное. АД – 150/90 мм. рт. ст. Пульс – 92 уд./мин. Тоны сердца ритмичны, выслушивается мягкий систолический шум. При пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень

выступает из-под края реберной дуги на 2,5 см, селезенка – на 1,5 см. В общем анализе крови – Нв – 82 г/л, ЦП – 1,0, лейкоциты – 117 тыс., нейтрофилы п/ядерные – 2 %, с/ядерные – 16 %, моноциты – 10 %, лимфоциты – 72 %, преимущественно зрелые формы, СОЭ – 32 мм/ч.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. План обследования

3. «Больной 44 лет с миелобластным лейкозом. Первые сутки после индукционного курса химиотерапии. Гемоглобин 110 г/л; MCV 81 фл; лейкоциты $0,5 \times 10^9$ /л; гранулоциты $0,1 \times 10^9$ /л; тромбоциты 2×10^9 /л; МНО 1,2; АЧТВ 34 сек. (норма 24 - 38 сек.); Свежих проявлений геморрагического диатеза нет. Показатели гемодинамики - стабильные. Температура тела 37,8/С.

Какая гемотрансфузионная тактика?

4. «Женщина 65 лет госпитализирована в стационар в связи с жалобами на слабость, головокружения, сердцебиение, одышку, нарастающие к вечеру отеки на нижних конечностях. Единичные мелкие синячки на нижних конечностях. Эритроциты $1,5 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин 50 г/л; MCV 120 фл; ретикулоциты 0,09%; лейкоциты $1,5 \times 10^9$ /л; тромбоциты 7×10^9 /л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Тактика врача:

5. «Женщина 25 лет жалуется на быстро развившуюся слабость, сильные головокружения, сердцебиение, обмороки. Эритроциты $1,5 \times 10^{12}$ /л; гемоглобин 70 г/л; MCV 100 фл; ретикулоциты 59%; лейкоциты $28,5 \times 10^9$ /л; нормоциты 18:100; тромбоциты 7×10^9 /л. Прямая проба Кумбса положительная.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Тактика врача-трансфузиолога?

6. «Пациентка 40 лет, госпитализирована и успешно прооперирована в связи с острым холециститом. Из-за плохо выраженных периферических вен на время операции установлен центральный катетер. В послеоперационном периоде отмечается чрезмерная кровоточивость в области послеоперационной раны, развилась мнометроррагия. Гемоглобин 110 г/л; MCV 80 фл; лейкоциты $8,4 \times 10^9$ /л; тромбоциты 200×10^9 /л; АЧТВ 120 сек. (норма 24 - 38 сек.); МНО 0,9.

Какая тактика врача?

7. «Женщина 38 лет прооперирована в связи с симптомной миомой матки. В послеоперационном периоде жалобы на слабость, сердцебиение, одышку при незначительной нагрузке, пастозность голеней к вечеру. Гемоглобин 77 г/л; MCV 68 фл; ретикулоциты 1,0 %; лейкоциты $4,5 \times 10^9$ /л; в формуле крови патологических знаков нет. тромбоциты 480×10^9 /л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2. Какая тактика врача?

8. «Мужчина 72 лет госпитализирован в связи с болями за грудиной сжимающего характера. Кроме того, беспокоит неуверенная походка "чувствует вату по ногам", "не знает куда ставить ногу". Установлен диагноз ИБС. Стенокардия напряжения 3 функционального класса. Гемоглобин 58 г/л; MCV 120 фл; ретикулоциты 0,01 %; лейкоциты $1,5 \times 10^9$ /л; п - 1%; с/я - 30%; м- 10%; л- 59%; тромбоциты 30×10^9 /л. В стерильном пунктате - мегалобластный тип кроветворения.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. Какая тактика врача?

9. «Женщина 24 лет находится на гематологическом отделении в связи с острым лимфобластным лейкозом. Получает полихимиотерапию. Лихорадит - 39,2 С. В связи с болями в животе осмотрена хирургом. Установлен диагноз: острый

аппендицит. Показана хирургическая операция. Гемоглобин 108 г/л; MCV 82 фл; ретикулоциты 0,01, %; лейкоциты $0,3 \times 10^9$ /л; п - 1%; с/я - 1%; м- 1%; л- 93%; тромбоциты 15×10^9 /л.

Какая тактика врача?

10. «Мужчина 19 лет госпитализирован в связи с болями в животе. При обследовании данных за хирургическую патологию нет. На нижних конечностях сыпь по типу васкулитно- пурпурной. Гемоглобин 138 г/л; MCV 84 фл; ретикулоциты 1,0 %; лейкоциты $5,5 \times 10^9$ /л; п - 1 %; с/я - 64%; м- 8%; л -27%; тромбоциты 200×10^9 /л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2.План обследования. Какая тактика врача?

11. «Мужчина 61 года госпитализирован в связи с жалобами на боли в горле, подъем температуры до 37,8 С. Увеличены затылочные, заднешейные и аксиллярные лимфатические узлы. Гемоглобин 70 г/л; MCV 80 фл; ретикулоциты 1,0 %; лейкоциты $53,8 \times 10^9$ /л; п - 1 %; с/я - 24%; м - 4%; л - 71%; тромбоциты 20×10^9 /л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2.План обследования. Какая тактика врача?

12. «Мужчина 49 лет госпитализирован в связи с жалобами на спутанность сознания. Гемоглобин 115 г/л; MCV 80 фл; ретикулоциты 2,3 %; лейкоциты $502,8 \times 10^9$ /л; бласты-1%; промиелоциты- 3%; миелоциты- 5%; мета- 10% п - 12 %; с/я - 48 %; эоз - 3%; баз- 3%; м - 6 %; л - 9%; тромбоциты 650×10^9 /л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2.План обследования. Какая тактика врача?

13. «Женщина 67 лет госпитализирована в связи с жалобами на одышку при физической нагрузке, головокружения, слабость. Гемоглобин 70 г/л; MCV 102 фл; ретикулоциты 28,5 %; лейкоциты $27,0 \times 10^9$ /л; п-1%;с/я-28%;эоз-1%;м-3%;л-77%;тромбоциты 145×10^9 /л.

1. Предположите наиболее вероятный диагноз. 2.План обследования. Какая тактика врача?

14. «Мужчина 30 лет госпитализирована в связи с кровотечением после экстракции зуба. Из анамнеза известно, что страдает гемофилией А. Получал множественные трансфузии криопреципитата и концентратов фактора VIII. Перед лечением у стоматолога вводился концентрат фактора VIII, однако это не предотвратило развитие кровотечения. Фактор VIII - 0%. Активность ингибитора фактора VIII - 18%.

Какова тактика врача?

1.Производственная (клиническая) практика (вариативная (онкология, детская онкогематология))

Вопросы для устного собеседования

1.Порядок оказания помощи больным с онкологическими заболеваниями.

2. Положения об организации деятельности онкологических отделений.
3. Стандарты оснащения кабинета врача –онколога
4. Медицинская экспертиза больных с онкологическими заболеваниями.
5. Клинические онкологические группы. Онкологическая медицинская документация. Деонтология в онкологии;
6. Облигатные и факультативные предраковые заболевания, их лечение.
7. Опухолевые маркеры, их роль в онкологии;
8. Возможности выявления рака в доклиническом периоде. Роль врача общей лечебной сети в профилактике и ранней диагностике рака. Формирование групп повышенного риска. Роль скрининговых исследований;
9. Роль морфологических методов исследования в онкологии. Способы забора материала для цитологического и гистологического исследований;
10. Паранеопластические синдромы. Классификация и их значение.
11. Методы и принципы лечения злокачественных опухолей. Успехи в онкологии.
12. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение онкологических больных.
13. Современные принципы и возможности лекарственной терапии онкологических больных.
14. Паллиативное лечение онкологических больных.

Практические навыки

- Клинические методы обследования больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
- Ведение медицинской документации (в стационаре, поликлинике);
- Экстренная помощь при неотложных состояниях;
- Оказания неотложной помощи при острых аллергических реакциях (анафилактический шок);
- Правильной оценки результатов специальных методов обследования (ультразвуковые, рентгенологические, магнитно-резонансной и компьютерной томографии).

Тестовые задания

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. Атипическая 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:

- A). От 21 до 50 лет
- B). 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 болеет 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**

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 эзофагоскопии. 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., 59 лет, 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 1,5 см 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 2см, 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., 64лет, 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 урографией. Больному показано оперативное лечение - Нефрэктомия в чистом виде.

Детская онкогематология

Вопросы для устного собеседования

1. Порядок оказания помощи детям с гематологическими и

онкологическим заболеваниями.

2. Положения об организации деятельности отделения гематологии для детей.
3. Стандарты оснащения кабинета врача –гематолога поликлиники.
4. Медицинская экспертиза больных с заболеваниями системы крови.
5. Назовите FAB- классификацию лейкозов.
6. Перечислите причины возникновения анемий различного генеза.
7. Приведите классификацию ВОЗ МДС с их клиническими особенностями.
8. Назовите принципы лечения пациентов детского возраста с острым лейкозом.
9. Перечислите лабораторные методы диагностики.
10. Анатомия и физиология органов кроветворной системы.

Практические навыки

1. 1.– Определение группы крови и резус-фактора;
2. – Правила и техника переливания крови, препаратов крови, кровезаменителей;
3. – Стернальная пункция;
4. – Трепанобиопсия;
5. – Клинические методы обследования больных (анамнез, осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация);
6. – Ведение медицинской документации.;
7. – Экстренная помощь при неотложных состояниях;
8. – Оказания неотложной помощи при острых аллергических реакциях (анафилактический шок);
9. – Правильной оценки результатов специальных методов обследования (ультразвуковые, рентгенологические, магнитно-резонансной и компьютерной томографии).

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 blastomeres?

- 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 Лимфогранулематоз (лимфома Ходжкина))

Девочка, 13 лет, госпитализирована в отделение с жалобами на умеренную бледность, повышенную утомляемость, редкий сухой кашель, непостоянная лихорадка (38,5), объемное образование в области шеи справа, одышку.

Анамнез жизни: Родилась 1-м ребенком в семье, в срок. Масса — 3400,0. Беременность и роды протекали без осложнений. Росла и развивалась хорошо. Профилактические прививки проводились согласно календарного плана.

Перенесенные болезни: ветряная оспа, скарлатина, острый бронхит.

Лекарственной аллергии не выявлено. Аллергическая сыпь на шоколад.

Месячные с 12 лет. Регулярные, без обильной кровопотери.

Анамнез заболевания: Считает себя больной с сентября 2016г., когда появился редкий сухой кашель, больше в положении лежа. Проводилось лечение граммидином, амоксиклавом. В это же время заметила увеличение лимфатических узлов в области шеи слева. В октябре-ноябре непостоянные подъемы температуры. К врачу обратились только 26.12. 2016г., когда уже стала заметная припухлость в области шеи справа. При рентгенографии органов грудной клетки выявлено расширение средостения. Направлена в ДОГЦ.

При поступлении: Состояние средней тяжести, умеренная бледность, слабость, повышенная утомляемость. Отмечается увеличение лимфатических узлов в области шеи с обеих сторон. Справа опухолевый конгломерат, размером 9х7см, захватывающий передне-и заднешейные л/узлы, над- и подключичные, различной величины и различной плотности, не спаяны между собой и с окружающими тканями, безболезненные.

Выражена венозная сеть по передней поверхности грудной стенки, верхнем эпигастрии и в области молочных желез. Дыхание везикулярное, Тоны сердца отчетливые, умеренная тахикардия, печень и селезенка не пальпируются.

Лабораторно: Периферическая кровь_ Л.14,1, Нв 117г/л, Нт 35,0%, эритроц. 4,94, тромбоц. 467,0 СОЭ 40 мм/час. Ретикул. 15‰, с.82, баз.1, мон. 5, лимф.12.

Биохимия крови: щелочная фосфатаза 141,2 е/л, АЛТ 12,3е/л, АСТ 12,1 е/л, Г-ГТ 11,9е/л, ЛДГ 137,6е/л, Билирубин общ. 10,8 мкм/л, креатинин 70,0мкм/л, мочевины 2,8 мм/л, мочевая кислота 327,3 мкм/л.

Коагулограмма: протромбиновый индекс — 99,2% , тромбиновое время 20,0 с, АЧТВ 26,1 с, фибриноген 3,0г/л

Аспирационная биопсия шейного лимфоузла справа: Цитология-- лимфома Ходжкина. Операционная биопсия шейных л/узлов справа: 29.12.16г.-Цитология: Лимфома Ходжкина. Гистология: Лимфома Ходжкина. Нодулярный склероз.

КТ исследование (нативном и болюсным в/в контрастированием- ультравист 370 мг -70 мл) органов грудной и брюшной полости от 29.12.2016г.:

Выявляется увеличение шейно-надключичных лимфатических узлов, больше справа, размером до 4,5 см. Во всех этажах средостения выявляется конгломерат сливающихся лимфоузлов, общим размером до 9,6x9,4x16,8 см, а также отдельные увеличенные лимфатические узлы. Имеются признаки компрессии магистральных сосудов, плечеголовых вен, левого предсердия, правой яремной вены, а также главных бронхов и промежуточного бронха. В S8 правого легкого определяются очаговые образования по 0,5 — 1 см — специфическое поражение? В левой супрачревной области имеются еще 2 образования по 3 — 4 см.

Рентгенография органов грудной клетки (по месту жительства)- расширение средостения- Тимома?

УЗИ л/узлов(по месту жительства)- визуализируются увеличенные лимфоузлы в области шеи от 1 см до 4,7см с нарушенной дифференцировкой. Щитовидная железа не увеличена.

УЗИ брюшной полости- селезенка 110x42 см, контуры ровные, четкие, структура не нарушена. Печень обычной эхогенности, однородной структуры, контуры печени, ровные, четкие. Почки не увеличены, обычной эхогенности. Жидкости в брюшной полости нет.

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(Первичный гемофагоцитный лимфогистиоцитоз ?)

Мальчик, 5 мес., госпитализирован в отделение с жалобами на непостоянную фебрильную лихорадку, жидкий стул.

Анамнез жизни: Родился 2 –м ребенком в семье, от 2 –й беременности. Беременность протекала без токсикоза. Во время родов – обнаружены зеленые околоплодные воды. Масса при рождении – 3000,0 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;

Анамнез заболевания: После 3-х недель жизни, когда у мамы развился острый периодонтит, провели экстракцию коренного зуба и лечение антибиотиками в течение 3 дней, характер стула у ребенка изменился – стал с примесью слизи, темно-зелёного цвета. Также у ребенка отмечалось повышение температуры тела до 38 С, в общем анализе крови

снижение Hb - до 78 г/л, тромбоциты – $100,0 \times 10^9$ /л; в анализе кала на дисбактериоз: *Klesiella pneumonia*. 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.

Лабораторные показатели: - периферическая кровь: Hb 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.