



1.1	Обеспечить обучающихся клинических ординаторов необходимой информацией и практическими навыками по основным вопросам и проблемам клиники, диагностики, дифференциальной диагностики, тактики лечения при различных формах острого миелолейкоза.
-----	---

## 2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ООП

Цикл (раздел) ООП:		Б1.В.ДВ.01
<b>2.1</b>	<b>Требования к предварительной подготовке обучающегося:</b>	
2.1.1	Общественное здоровье и здравоохранение	
2.1.2	Гистология	
2.1.3	Клиническая фармакология	
<b>2.2</b>	<b>Дисциплины и практики, для которых освоение данной дисциплины (модуля) необходимо как предшествующее:</b>	
2.2.1	Детская онкология	
2.2.2	Клиническая биохимия	
2.2.3	Клиническая биохимия	
2.2.4	Острый миелолейкоз	

## 3. КОМПЕТЕНЦИИ ОБУЧАЮЩЕГОСЯ, ФОРМИРУЕМЫЕ В РЕЗУЛЬТАТЕ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

**ПК-1: готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний у детей и подростков, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания**

### Знать:

Уровень 1	Статистику заболеваемости гемобластозами в Кыргызстане, Российской Федерации и в мире;
Уровень 2	Факторы способствующие возникновению гемобластозов;
Уровень 3	Основные клинические и лабораторно-инструментальные проявления гемобластозов.

### Уметь:

Уровень 1	Назначать и проводить комплекс обследований пациента детского возраста с подозрением на гемобластоз;
Уровень 2	Интерпретировать результаты лабораторно-инструментальных исследований пациента детского возраста с подозрением на гемобластоз;
Уровень 3	Применять и назначать основные методы лечения при онкогематологической патологии.

### Владеть:

Уровень 1	Техникой основных диагностических манипуляций необходимых для установления диагноза в онкогематологии детского возраста;
Уровень 2	Методикой проведения различных диагностических манипуляций при злокачественных опухолях частых локализаций;
Уровень 3	Навыками применения основных методов лечения (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение) при онкогематологической патологии.

## **ПК-6: готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи**

### Знать:

Уровень 1	Эпидемиологию, этиологию, патогенез, клинические проявления основных злокачественных заболеваний системы крови;
Уровень 2	Основные методы диагностики, применяемые в клинической онкологии, для установления диагноза;
Уровень 3	Методы лечения при злокачественных заболеваниях системы крови.

### Уметь:

Уровень 1	Заполнять и вести учетно-отчетную документацию пациента с гемобластозом;
Уровень 2	Интерпретировать данные клинико-лабораторных, инструментальных методов исследований, применяемых в онкологии;
Уровень 3	Составить план обследования и лечения пациента с онкогематологической патологией.

### Владеть:

Уровень 1	Техникой основных диагностических манипуляций необходимых для установления диагноза у онкологического пациента;
Уровень 2	Методикой проведения различных диагностических манипуляций при злокачественных опухолях частых локализаций;

Уровень 3	Навыками применения основных методов лечения при гемобластозах.
<b>ПК-11: готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей</b>	
<b>Знать:</b>	
Уровень 1	Общие принципы диспансеризации пациентов получивших и получающих лечение по поводу острого лейкоза;
Уровень 2	Алгоритмы клинического обследования и подготовки пациента детского возраста подлежащего применению специальных методов лечения в онкологии;
Уровень 3	Побочные эффекты и последствия специальных методов лечения в онкологии, а также методы и способы их минимизации в процессе применения.
<b>Уметь:</b>	
Уровень 1	Заполнять учетно-отчетную документацию онкологического пациента;
Уровень 2	Определить показания и противопоказания к специальному методу лечения при определенном виде гемобластоза;
Уровень 3	Интерпретировать данные лабораторно-инструментальных и специальных методов обследований онкологического пациента.
<b>Владеть:</b>	
Уровень 1	Основными навыками реабилитации онкологического пациента с гемобластозами;
Уровень 2	Методиками лечения основной онкогематологической патологии;
Уровень 3	Методиками купирования побочных эффектов связанных с лечением онкогематологической патологии.

**В результате освоения дисциплины обучающийся должен**

<b>3.1</b>	<b>Знать:</b>
3.1.1	Эпидемиологию, этиологию, классификацию и патогенез злокачественных заболеваний крови.
3.1.2	Система кроветворения в норме и при опухолевой патологии.
3.1.3	Клинические проявления острого миелолейкоза.
3.1.4	Лабораторную, цитохимическую и инструментальную диагностику острого миелолейкоза.
3.1.5	Принципы лечения различных видов острых лейкозов.
3.1.6	Принципы диспансерного наблюдения больных с острыми лейкозами.
3.1.7	Принципы реабилитации больных с острым лейкозом.
<b>3.2</b>	<b>Уметь:</b>
3.2.1	Заполнять и вести учетно-отчетную документацию пациента с онкогематологической патологией.
3.2.2	Интерпретировать данные клинико-лабораторных, инструментальных методов исследований, применяемых в онкогематологии для диагностики острых лейкозов.
3.2.3	Составить план обследования и лечения пациента с острым лейкозом.
3.2.4	Определить показания и противопоказания к специальному методу лечения при определенных видах острых лейкозов.
3.2.5	Проводить диффдиагностику сопутствующих заболеваний при остром лейкозе.
<b>3.3</b>	<b>Владеть:</b>
3.3.1	Техникой специальных диагностических манипуляций необходимых для установления диагноза острого лейкоза.
3.3.2	Методикой проведения различных диагностических манипуляций при злокачественных опухолях частых локализаций.
3.3.3	Навыками применения основных методов лечения (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение) при остром лейкозе.
3.3.4	Основными навыками реабилитации онкологического пациента с острым лейкозом.
3.3.5	Методиками лечения различных видов острых лейкозов.
3.3.6	Методиками купирования побочных эффектов связанных с лечением острого лейкоза.

**4. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)**

Код занятия	Наименование разделов и тем /вид занятия/	Семестр / Курс	Часов	Компетенции	Литература	Инте ракт.	Примечание
	<b>Раздел 1. Общие вопросы связанные с проблемами острого миелобластоза</b>						

1.1	Современные методы диагностики и лечения в онкогематологии. /Лек/	3	2	ПК-1 ПК-11	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3	0	
1.2	Эпидемиология, этиопатогенез, диагностика злокачественных заболеваний системы крови /Лек/	3	2	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3	0	
1.3	Этиология, патогенез гемобластозов /Пр/	3	6	ПК-1 ПК-11	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3	0	
1.4	Роль хирургического лечения, лучевой терапии, иммунотерапии и химиотерапии при гемобластозах /Пр/	3	6	ПК-6 ПК-11	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3	0	
1.5	Диспансеризация в онкогематологии. /Пр/	3	6	ПК-11	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3	0	
1.6	Дифференциальная диагностика онкогематологической патологии /Пр/	3	6	ПК-1 ПК-6	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3	0	
1.7	Эпидемиологические и клинические особенности гемобластозов в мире. /Ср/	3	5	ПК-6 ПК-11	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э3 Э4	0	
1.8	Симптоматическая терапия при гемобластозах в процессе лечения и при запущенных формах. /Ср/	3	5	ПК-11 ПК-6	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э5	0	
<b>Раздел 2. Острый миелолейкоз</b>							
2.1	Острые лейкозы. Классификация. Принципы диагностики и лечения /Лек/	3	2	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3	0	
2.2	Острые лейкозы. Классификация лабораторная, цитохимическая диагностика. /Пр/	3	6	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3	0	
2.3	Острые лейкозы. Современные протоколы химиотерапии. /Пр/	3	6	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3	0	
2.4	Хирургическое лечение про различных формах острых лейкозов /Пр/	3	6	ПК-1 ПК-6 ПК-11	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3	0	
2.5	Иммунофенотипирование при острых лейкозах /Ср/	3	5	ПК-1 ПК-6	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.6	Комбинированное лечение при острых лейкозах. /Ср/	3	5	ПК-6 ПК-11	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.7	Цитогенетические особенности различных видов острых лейкозов /Ср/	3	4	ПК-1 ПК-6	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3 Э1 Э2 Э3 Э4 Э5	0	
2.8	/ЗачётСОц/	3	0	ПК-6	Л1.0 Л2.0 Л2.0 Л3.1 Л3.2 Л3.3	0	

## 5. ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

### 5.1. Контрольные вопросы и задания

Знать:

1. Кроветворение в норме и при опухолевой патологии.

2. Этиология, патогенез гемобластозов.
3. Этиология, патогенез острых лейкозов.
3. Эпидемиологические и клинические особенности острого миелолейкоза в Российской Федерации, Кыргызстане и в мире.
4. Современные методы диагностики и лечения про острых лейкозах.
5. Классификация острого лейкоза.
6. Классификация, клинические проявления, диагностика и лечение острых миелобластных лейкозов.
7. Классификация, клинические проявления, диагностика и лечение острых лимфобластных лейкозов.
8. Современные протоколы химиотерапии при острых лейкозах.
9. Хирургические методы лечения острых лейкозов.
10. Симптоматическая терапия при запущенных формах острых лейкозов.
11. Генетические синдромы при острых лейкозах.
12. Принципы наблюдения и диспансеризации пациентов с острым лейкозом.

## Уметь:

1. Заполнение и ведение учетно-отчетной документации пациента с онкогематологической патологией.
2. Интерпретация данных клинико-лабораторных, инструментальных методов исследований, применяемых в онкогематологии для диагностики острых лейкозов.
3. Составление плана обследования и лечения пациента с острым лейкозом.
4. Определение показаний и противопоказаний к специальным методам лечения при определенных видах острых лейкозов.
5. Проведение дифдиагностики сопутствующих заболеваний при остром лейкозе.

## Владеть:

1. Техникой специальных диагностических манипуляций необходимых для установления диагноза острого лейкоза.
2. Методикой проведения различных диагностических манипуляций при злокачественных опухолях частых локализаций.
3. Навыками применения основных методов лечения (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение) при остром лейкозе.
4. Основными навыками реабилитации онкологического пациента с острым лейкозом.
5. Методиками лечения различных видов острых лейкозов.
6. Методиками купирования побочных эффектов связанных с лечением острого лейкоза.

**5.2. Темы курсовых работ (проектов)**

курсовая работа не предусмотрена

**5.3. Фонд оценочных средств**

Тест (приложение 1)  
Ситуационные задачи (приложение 2)  
Доклад (приложение 3)  
Реферат (приложение 4)

**5.4. Перечень видов оценочных средств**

Тесты  
Ситуационные задачи  
Доклад  
Реферат  
Курация больного и написание истории болезни  
Шкалы оценивания по видам оценочных средств в ПРИЛОЖЕНИИ 5

**6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ И ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)****6.1. Рекомендуемая литература****6.1.3. Методические разработки**

	Авторы, составители	Заглавие	Издательство, год
ЛЗ.1	Сост.: Э.К. Макимбетов, И.Г. Бауэр, А.А. Усенова; Под общ. ред. З.П. Камарли	Курс лекций по гемобластозам	Бишкек.: Изд-во КРСУ 2009
ЛЗ.2	Усенова А.А.	Эпидемиологические особенности лейкозов в Кыргызстане: Автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук	Бишкек 2006
ЛЗ.3	Усенова А.А., Батырканова Г.К.	Распространенность острого миелобластного лейкоза среди женского населения в Кыргызстане	

**6.2. Перечень ресурсов информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"**

Э1	Острый лейкоз	<a href="http://www.kemsma.ru/mediawiki/images/8/8d/%D0%"></a> http://www.kemsma.ru/mediawiki/images/8/8d/%D0%
Э2	Лейкозы	<a href="http://mir.ismu.baikal.ru/src/downloads/20ee9826_leiykozy.pdf">mir.ismu.baikal.ru/src/downloads/20ee9826_leiykozy.pdf</a>
Э3	Острые лейкозы	<a href="https://emj-journal.com/clinical_guidelin">https://emj-journal.com/clinical_guidelin</a>
Э4	Острые лейкозы	<a href="http://gastroe.ru/files/ostrye-lejkozy.pdf">http://gastroe.ru/files/ostrye-lejkozy.pdf</a>
Э5	Лейкозы	<a href="http://window.edu.ru/resource/208/70208/files/metod_1">http://window.edu.ru/resource/208/70208/files/metod_1</a>

### 6.3. Перечень информационных и образовательных технологий

#### 6.3.1 Компетентностно-ориентированные образовательные технологии

6.3.1.1	Традиционные образовательные технологии – лекции, семинары, ориентированные прежде всего на сообщение знаний и способов действий, передаваемых ординаторам в готовом виде и предназначенных для воспроизводящего усвоения и разбора конкретных образцов. Лекционный материал предоставляется обучающимся с использованием мультимедийного оборудования и периодическим представлением тематических пациентов. Использование палат, учебных комнат для работы ординаторов.
6.3.1.2	Инновационные образовательные технологии – формируют системное мышления и способности генерировать идеи при решении различных ситуационных задач. К ним относятся электронные тексты лекций с презентациями. Мультимедийный комплекс ноутбук, персональный компьютер. Наборы слайдов, таблиц/мультимедийных наглядных материалов по различным разделам дисциплины. Наглядные пособия, стенды.
6.3.1.3	Информационные образовательные технологии – самостоятельное использование ординаторами компьютерной техники и интернет-ресурсов для выполнения практических заданий и самостоятельной работы. Для лучшего усвоения материала и самостоятельной работы ординаторы готовят рефераты, доклады и презентации.

#### 6.3.2 Перечень информационных справочных систем и программного обеспечения

6.3.2.1	Электронно-библиотечная система "ZNANIUM.COM"
6.3.2.2	Информационная система «Единое окно доступа к образовательным ресурсам» ( <a href="http://window.edu.ru/">http://window.edu.ru/</a> )
6.3.2.3	«Электронная библиотека» КРСУ ( <a href="http://www.lib.krsu.kg">www.lib.krsu.kg</a> )

## 7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

7.1	Клиническая база Национальный центр онкологии Министерства здравоохранения КР. Коечный фонд 320, 13 клинических отделений, 2 диагностических отделения. 2 хирургических корпуса, 2 корпуса для лучевой терапии, 2 операционные, 1 реанимация. Национальный центр онкологии располагает аппаратурой и оборудованием для диагностики и лечения онкологических больных: рентгендиагностические комплексы – 3; маммографы – 2; эндоскопическая аппаратура – 5; аппараты для УЗИ – 5; аппараты для лучевой терапии – 3 с компьютерным томографом для топометрии. Ординаторы имеют доступ во все подразделения. Кафедра располагает помещением с отдельным входом, общая площадь 64 м <sup>2</sup> , в том числе 3 учебные комнаты на 45 посадочных мест. Кроме того имеется 1 учебная комната в главном хирургическом корпусе на 1-м этаже, на 18 посадочных мест. Кафедра имеет технические средства: 1 компьютер, 1 персональный компьютер, мультимедийный проектор с нетбуком и экраном. Имеются 4 стенда и 20 наглядных пособий, которые размещены в учебных комнатах; учебные фильмы – 3. Лекции проводятся в большом конференц-зале Национального центра онкологии на 400 мест.
-----	--

## 8. МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ (МОДУЛЯ)

<p>Технологическая карта дисциплины в ПРИЛОЖЕНИИ 6</p> <p>Обучение складывается из аудиторных занятий (600 часов), включающих лекционный курс и практические занятия, и самостоятельной работы (300 часов). Основное учебное время выделяется на практическую работу по онкологии. При изучении учебной дисциплины необходимо использовать теоретические знания и освоить практические умения по онкологии. Во время пандемии и карантина занятия проводятся в онлайн режиме</p> <p>Практические занятия проводятся в виде опроса, демонстрации учебных слайдов и использования решения ситуационных задач, ответов на тестовые задания, разбора клинических больных.</p> <p>Самостоятельная работа студентов подразумевает подготовку к практическим занятиям, на творческих заданий и включает работу с учебной литературой, лекционным материалом, ресурсами по онкологии.</p> <p>Работа с учебной литературой рассматривается как вид учебной работы по дисциплине онкологии в пределах часов, отводимых на её изучение (в разделе СРС).</p> <p>Каждый обучающийся обеспечен доступом к библиотечным фондам Университета и кафедр.</p> <p>По частным разделам учебной дисциплины разработаны методические рекомендации для студентов и преподавателей.</p> <p>Во время изучения учебной дисциплины ординаторы самостоятельно проводят обследование онкологического больного. Написание реферата, учебной истории болезни способствуют формированию компетенций теоретических и практических навыков (умений).</p>	<p>kaf72(1) 2021-02-05 22:59:16</p> <p>Во время пандемии и карантина занятия проводятся в онлайн режиме</p>
---	---

Работа ординаторов в группе формирует чувство коллективизма и коммуникабельность.

Обучение ординаторов способствует воспитанию у них навыков общения с больным с учетом этико-деонтологических особенностей патологии и пациентов. Самостоятельная работа с пациентами способствует формированию врачебного поведения, аккуратности, дисциплинированности.

Исходный уровень знаний ординаторов определяется тестированием, текущий контроль усвоения предмета определяется устным опросом в ходе занятий, во время клинических разборов, при решении типовых ситуационных задач и ответах на тестовые задания.

В конце изучения учебной дисциплины (модуля) проводится промежуточный контроль знаний с использованием тестового контроля, проверкой практических умений и решением ситуационных задач.

#### СИТУАЦИОННАЯ ЗАДАЧА.

Пример выполнения в ПРИЛОЖЕНИИ 7

#### ДОКЛАД.

Подготовка доклада к занятию.

Основные этапы подготовки доклада:

- выбор темы;
- консультация преподавателя;
- подготовка плана доклада;
- работа с источниками и литературой, сбор материала;
- написание текста доклада;
- оформление рукописи и предоставление ее преподавателю до начала доклада, что определяет готовность ординатора к выступлению;
- выступление с докладом, ответы на вопросы.

Тематика доклада предлагается преподавателем в ФОС.

#### РЕФЕРАТ

Рекомендации по написанию реферата.

1. Тема реферата выбирается в соответствии с Вашими интересами и должна соответствовать приведенному примерному перечню. Важно, чтобы в реферате: во-первых, были освещены как естественно-научные, так и социальные стороны проблемы; а во-вторых, представлены как обще-теоретические положения, так и конкретные примеры. Особенно приветствуется использование собственных примеров из окружающей Вас жизни.

2. Реферат должен основываться на проработке нескольких дополнительных к основной литературе источников.

УП: о310857\_16\_12ОНК.plox стр. 21

Как правило, это специальные монографии или статьи. Рекомендуется использовать также в качестве дополнительной литературы научно-популярные журналы, а также газеты специализирующиеся на онкологической тематике.

3. План реферата должен быть авторским. В нем проявляется подход автора, его мнение, анализ проблемы.

4. Все приводимые в реферате факты и заимствованные соображения должны сопровождаться ссылками на источник информации. Например: ... Рак поджелудочной железы (РПЖ) входит в группу злокачественных опухолей ЖКТ, а именно билиопанкреатодуоденальной зоны, куда входят еще и опухоли большого дуоденального сосочка и внепеченочных желчных протоков (Арсангиреева Г.Ж., 1992; Грачева Н.А., 2006;) ...

5. Недопустимо просто скопировать реферат из кусков заимствованного текста. Все цитаты должны быть представлены в кавычках с указанием в скобках источника и страницы. Отсутствие кавычек и ссылок означает плагиат и, в соответствии с установившейся научной этикой, считается грубым нарушением авторских прав.

6. Реферат оформляется в виде текста на листах стандартного формата (А-4) шрифтом TimesNewRoman, 14. Начинается с титульного листа (оформляется по образцу ПРИЛОЖЕНИЕ 8), в котором указывается название вуза, учебной дисциплины, тема реферата, фамилия и инициалы ординатора, год и географическое место местонахождения вуза. Затем следует оглавление с указанием страниц разделов. Сам текст реферата желательно подразделить на разделы: главы, подглавы и озаглавить их. Приветствуется использование в реферате количественных данных и иллюстраций (графики, таблицы, диаграммы, рисунки).

7. Завершают реферат разделы "Заключение" и "Список использованной литературы". В заключении представлены основные выводы, ясно сформулированные в тезисной форме и, обычно, пронумерованные.

8. Список литературы должен быть составлен в полном соответствии с действующим стандартом (правилами), включая особую расстановку знаков препинания. Для этого достаточно использовать в качестве примера любую книгу изданную крупными научными издательствами: "Наука", "Онкология", "Лучевая терапия", и др. Или приведенный выше список литературы. В общем случае наиболее часто используемый в нашей стране порядок библиографических ссылок следующий:

Автор И.О. Название книги. Место издания: Издательство, Год издания. Общее число страниц в книге.

Автор И.О. Название статьи // Название журнала. Год издания. Том \_\_. № \_\_. Страницы от \_\_ до \_\_.

Автор И.О. Название статьи / Название сборника. Место издания: Издательство, Год издания. Страницы от \_\_ до \_\_.

Примерное содержание работы:

Наименование: Объем: 13-15 стр.

Курация больного и написане истории болезни (Схема написания истории болезни ПРИЛОЖЕНИЕ 9)

Тесты

<b>Вариант I</b>
#
1
К миелодиспластическим синдромам относят:
Хронический миелолейкоз
Хронический миеломоноцитарный лейкоз
Рефрактерную анемию
Фолиево-дефицитную анемию
#
2
К миелодиспластическим синдромам относят:
Рефрактерную анемию
Рефрактерную анемию с кольцевидными сидеробластами
Рефрактерную цитопению с избытком бластов
Хронический миеломоноцитарный лейкоз
#
3
Острый лимфобластный лейкоз:
Чаще возникает у пожилых больных
Характерен для детского возраста
Любое лечение неэффективно
Своевременное лечение позволяет получить ремиссию
Применяется химиотерапия и трансплантация костного мозга
#
4
При острых лейкозах:
Возникает гепатоспленомегалия
Количество бластов в костном мозге 5-10 %
Имеется гипохромная микроцитарная анемия
Может возникать ДВС-синдром
#
5
Острый лейкоз у взрослых:
В основном лимфобластный
В основном миелобластный
Часто возникает нейрорлейкемия
С начала болезни имеется генерализованная лимфоаденопатия
Имеется гигантское увеличение селезенки
#
6
Острый миелобластный лейкоз:
Характеризуется наличием цитопенического синдрома, появлением бластов в периферической крови, низким содержанием переходных форм
В стерильном пунктате имеется более 5% лимфобластов
Характерно наличие гингивитов и некротической ангины
Характерен гиперлейкоцитоз, тромбоцитоз, значительное увеличение печени и селезенки
#
7
Синдром угнетения ростков кроветворения выражается при острых лейкозах:
ДВС-синдромом
Гипохромной анемией
Нормо-гиперхромной анемией

Иммунным гемолизом
Тромбоцитопенией
#
8
При острых лейкозах имеются следующие стадии процесса:
Рецидив
Бластный криз
Развернутая стадия
Ремиссия
Терминальная стадия
#
9
Для установления диагноза острого лейкоза необходимо:
Выявить лейкоцитоз в периферической крови
Выявить анемию
Обнаружить увеличение количества бластов в миелограмме
Выявить тромбоцитопению
#
10
Принципы лечения острых лейкозов:
Химиотерапия
Лучевая терапия
Сопроводительная терапия
Трансплантация костного мозга
#
11
Если у больного имеется анемия, тромбоцитопения, бластоз в периферической крови, то следует думать о:
Эритремии
Апластической анемии
Остром лейкозе
В-12 дефицитной анемии
#
11
Для какого варианта острого лейкоза характерно раннее возникновение ДВС-синдрома:
Острый миелобластный лейкоз
Острый лимфобластный лейкоз
Острый промиелоцитарный лейкоз
Острый монобластный лейкоз
Острый эритромиелоз
#
12
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 %
#
13
В какой стадии острого лейкоза применяется цитостатическая терапия в фазе консолидации:
Рецидив
Ремиссия
Развернутая стадия
Терминальная стадия
#
14
В какой стадии острого лейкоза применяется цитостатическая терапия в фазе индукции:
Ремиссия
Развернутая стадия
Терминальная стадия
#

15
Острый промиелоцитарный лейкоз:
Часто сопровождается аутоиммунной анемией
Часто приводит к ДВС-синдрому
Протекает с выраженной лимфоаденопатией
Характерная иммунная тромбоцитопения
#
16
В каких органах могут появляться лейкозные инфильтраты при остром лейкозе:
Лимфоузлы
Печень
Мозговые оболочки
Кишечник
Кожа
#
17
Диссеминация при острых лейкозах:
Возникает в ранние сроки от начала болезни
Бывает в редких случаях
Поражаются нервная система, селезенка, печень, лимфатические узлы
Поражаются кожа, сердце, легкие, половые органы
#
18
Результатом химиотерапии при острых лейкозах может быть:
Полная клинико-гематологическая ремиссия
Неполная клинико-гематологическая ремиссия
Полная резистентность
Миелотоксический агранулоцитоз
#
19
В стадии развернутых клинических проявлений при острых лейкозах применяют химиотерапию:
В фазе индукции
В фазе консолидации
В фазе реиндукции
Поддерживающую терапию
#
20
Выбор цитостатических программ при острых лейкозах зависит от:
Стадии
Морфологической характеристики лейкозных клеток
Вида мутации
#
21
Если у больного 17 лет увеличены лимфатические узлы, в периферической крови лейкоцитоз 20.000, лимфобласты 70%, то следует думать о:
Остром лимфобластном лейкозе
Хроническом лимфолейкозе
Лимфогранулематозе
#
22
Хронический миелолейкоз:
Возникает у больных с острым миелобластным лейкозом
Относится к миелопролиферативным заболеваниям
Характеризуется панцитопенией
Характеризуется тромбоцитозом
Характерно увеличение печени и селезенки
#
23
Филадельфийская хромосома:

Представляет собой утрату длинного плеча 22 пары хромосом
Обязательный признак заболевания
Определяется только в клетках гранулоцитарного ряда
Определяется в клетках предшественниках мегакариоцитарного ростка
#
24
Лечение идиопатического миелофиброза:
Начинается сразу после установления диагноза
Применяются цитостатики в комплексе с преднизолоном
Обязательно проведение лучевой терапии
Спленэктомия не показана
#
25
Если у больного количество лейкоцитов 100.000 за счет гранулоцитов, тромбоцитоз 400.000, то следует думать о:
Остром миелобластном лейкозе
Остром промиелоцитарном лейкозе
Хроническом миелолейкозе
Идиопатическом миелофиброзе
<b>Вариант II</b>
1
Для дифференциального диагноза хронического миелолейкоза и лейкомоидной реакции инфекционного генеза необходимо:
Анализ миелограммы
Проведение НБТ-теста
Определение щелочной фосфатазы нейтрофилов
#
2
Вариантами миелодиспластического синдрома являются:
Рефрактерная анемия
Апластическая анемия
Рефрактерная анемия с кольцевидными сидеробластами
Хронический миелолейкоз
Хронический мономиелоцитарный лейкоз
#
3
При идиопатическом миелофиброзе в отличие от хронического миелолейкоза имеется:
Филадельфийская хромосома в опухолевых клетках
Раннее развитие миелофиброза
В большинстве случаев доброкачественное многолетнее течение заболевания
Тромбоцитопения в периферической крови
#
4
К хроническим миелолипролиферативным заболеваниям относят:
Хронический миелолейкоз
Эритремию
Хронический лимфолейкоз
Хронический мегакариоцитарный лейкоз
#
5
Если у больного 70 лет имеется лейкоцитоз с лимфоцитозом и увеличение лимфатических узлов, то следует думать о:
Лимфогранулематозе
Остром лимфобластном лейкозе
Злокачественной лимфоме
Хроническом лимфолейкозе
#

6
Лейкемический провал может быть признаком следующих патологических состояний системы кроветворения:
Начала острого миелоидного лейкоза
Хронического лимфолейкоза
Инфекционного мононуклеоза
Лейкемоидной реакции
Мегалобластной анемии
#
7
К группе парапротеинемических лейкозов относятся все перечисленные ниже, за исключением:
Миеломной болезни
Макроглобулинемии (болезнь Вальденстрема)
Болезни легких цепей
Эритремии
#
8
К осложнениям острого лейкоза относятся все перечисленные ниже процессы, за исключением:
Сепсиса
Пневмонии
Властной инфильтрации красного костного мозга
Кровоизлияния в головной мозг
#
9
Укажите механизм системного поражения кроветворения при остром лейкозе :
Повсеместная злокачественная трансформация клеток мезодермального происхождения
Метастазирование клеток из первичного очага поражения
Правильный ответ отсутствует
#
10
Какие наследственные аномалии и синдромы предрасполагают к возникновению гемобластозов?
Пигментная ксеродерма
Апластическая панцитопения Фанкони
Синдром Ди Джорджи
Болезнь Брутон
Синдром Вискотта-Олдрича
Наследственная феохромоцитома
Альбинизм
Болезнь Даун
Правильно 2,3,4,5,8
#
11
Укажите гемобластозы вирусного происхождения
Недифференцируемый лейкоз
Хронический лимфолейкоз
Лимфома Беркитта
T-клеточный лейкоз
Хронический миелолейкоз
Правильно 3,4
#
12
Для лечения острого лейкоза применяются:
Миелосан
Циклофосфан
6-меркаптопурин
Винкристин
Преднизолон
#
13
Какие методы исследования применимы (специфичны) для диагностики вида гемобластоза:

Электрофизиологические
Иммунологические
Физико-химические
Гистологические
Физические
Цитохимические
Правильно 2,4,6
#
14
Укажите предполагаемые причины цитопенического синдрома при сублейкемическом миелозе:
Угнетение нормального гемопоэза по механизму обратной связи
Образование антицеллюлярных антител
Секвестрация клеток в селезенке
Потребление тромбоцитов при сопутствующем ДВС-синдроме
Разрушение нейтрофилов при сопутствующих воспалительных осложнениях
Образование костных балок в ткани костного мозга.
Миелофиброз
Правильно 6,7
#
15
Какое из перечисленных суждений в отношении диагностики острого лейкоза правильно:
диагноз можно поставить при наличии соответствующих жалоб (быстрая утомляемость, потеря массы тела)
диагноз можно поставить при наличии определенных клинических синдромов – геморрагического, анемического, септико- некротического
диагноз можно поставить при обнаружении бластной трансформации костного мозга (например, бластов 20% и более)
диагноз можно поставить при нахождении в биоптате лимфоузла клеток Березовского-Штенберга
#
16
Для какого варианта острого лейкоза характерно раннее возникновение ДВС- синдрома?
острый лимфобластный лейкоз
острый промиелоцитарный лейкоз
острый монобластный лейкоз
эритромиелоз
#
17
Если у больного имеется увеличение лимфатических узлов, увеличение селезенки, лейкоцитоз с лимфоцитозом, то следует думать о:
Лимфогранулематозе
Остром лимфобластном лейкозе
Хроническом лимфолейкозе
Хроническом миелолейкозе
Эритремии
#
18
Что является критерием полной клинико-гематологической ремиссии при остром лейкозе?
количество бластов в стерильном пунктате менее 5%
количество бластов в стерильном пунктате менее 2%
#
19
Для какого острого лейкоза типично поражение мозговых оболочек:
острый монобластный
острый мегакариобластный
острый эритромиелоз
острый миелобластный
острый лимфобластный
#
20
Выздоровление от острого лейкоза это:
клинико- гематологическая ремиссия - 3 года

клинико- гематологическая ремиссия - более 5 лет.
#
21
При каком лейкозе определяется филадельфийская хромосома?
острый миелобластный лейкоз
хронический миелолейкоз
хронический лимфолейкоз
#
22
Какие процессы могут играть роль в этиологии острого лейкоза?
Вирусная инфекция.
Ионизирующая радиация
Наследственная предрасположенность
Ни один из перечисленных
Все перечисленные
#
23
Что не относится к патогенезу острого лейкоза?
Конкурентное метаболическое подавление опухолью из лейкозных бластов нормальных ростков кроветворения
Вытеснение опухолью из лейкозных бластов нормальных ростков кроветворения из костного мозга
Метастазирование опухоли из лейкозных бластов из костного мозга во внутренние органы
Все упомянутое относится к патогенезу данного заболевания
Ничего из упомянутого не относится к патогенезу данного заболевания.
#
24
Каких типов острого лимфобластного лейкоза не существует?
L1 - острый микролимфобластный лейкоз
L2 - острый лимфобластный лейкоз
L3 - острый макролимфоцитарный и пролимфоцитарный лимфолейкоз
Ни один из упомянутых не существует
Все существуют
#
25
Какой тип острого лимфобластного лейкоза относится к популяции Т-лимфоцитов или «ни Т, ни В» лимфоцитов и встречается главным образом у взрослых людей?
L1 - острый микролимфобластный лейкоз
L2 - острый лимфобластный лейкоз
L3 - острый макролимфоцитарный и пролимфоцитарный лимфолейкоз
Все упомянутые
Ни один из упомянутых

### Ситуационные задачи

#### Задача 1

На приеме у ВОП. Больной Т., 59 лет, жалуется на общую слабость, недомогание, повышенную утомляемость. При осмотре выявлено генерализованное увеличение лимфатических узлов.

В общем анализе крови: Hb-120 г/л; Эр- $8,0 \times 10^{12}$ /л; ЦП-1,0; тромбоциты- $110 \times 10^9$ /л; лейкоциты- $50 \times 10^9$ /л; СОЭ-22 мм/час. Клетки Боткина-Гумпрехта - 8:100.

#### Задания

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
  2. Сформулируйте предварительный диагноз.
  3. Врачебная тактика?
  4. Назовите морфологический субстрат данного заболевания.
  5. Назовите основные причины летальных исходов у больных с данной патологией.
  6. Охарактеризуйте основные принципы лечения.
- 

#### Задача 2

На прием к ВОП обратился больной Ф., 58 лет, предъявляет жалобы на общую слабость, потливость, повышенную утомляемость, чувство тяжести в левом подреберье.

Объективно: кожа и слизистые оболочки бледные. Лимфатические узлы не увеличены.

Пальпируется увеличенная (+8см), болезненная селезенка.

В общем анализе крови: Hb-110г/л, эритроциты- $3,5 \times 10^{12}$ /л, ЦП-0,9, тромбоциты- $420 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $230 \times 10^9$ /л, базофилы-5,5%, эозинофилы-9%, промиелоциты-2%, миелоциты-22%, метамиелоциты-20,5%, палочкоядерные-15%, сегментоядерные-12%, лимфоциты-8,5%, моноциты-5,5%, СОЭ-20 мм/час.

#### Задания

1. Какие заболевания необходимо дифференцировать при определении предварительного диагноза?
2. Сформулируйте предварительный диагноз.

3. Врачебная тактика?
  4. Назовите морфологический субстрат данного заболевания.
  5. Назовите основные причины летальных исходов у больных с данной патологией.
  6. Охарактеризуйте основные принципы лечения.
- 

### Задача 3

Пациент мужчина 20 лет жалуется на боли в горле при глотании, кровоточивость десен, слабость, потливость. Болен в течение 3 недель, бледен, пальпируются умеренно увеличенные переднешейные и заднешейные лимфоузлы. Зев гиперемирован, отмечаются язвенно-некротические налеты на миндалинах, десны разрыхлены. Со стороны внутренних органов патологии не обнаружено. Температура -38,3° С. В крови: Hb-80 г/л, лейкоциты-15тыс, бластные клетки-76%, СОЭ-37 мм/Час.

### Задания

1. Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
  2. Что включает в себя лечение данной патологии и от чего зависит его объем?
- 

### Задача 4

Мать ребенка 11 лет вызвала на дом участкового педиатра. Жалобы на слабость, повышенную утомляемость, головокружения в течение нескольких недель, повышение температуры до 37,4 -38,5С°, нарастающую бледность кожных покровов. В последнее время ребёнок заметно похудел. В течение последних трёх дней появились обильные носовые кровотечения, множественные синяки на коже, мелкоточечные геморрагии. Семейный "геморрагический" анамнез не отягощен. У родственников по материнской линии – опухоли различной локализации. Ребёнок рос и развивался соответственно возрасту. При осмотре обращает внимание множество дисэмбриогенетических стигм, дефицит массы тела. Кожа бледная, множественные экхимозы по всему телу, мелкоточечная геморрагическая сыпь. В носу геморрагические корочки. Зев гиперемирован, некротическая ангина. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 110 уд/мин. АД – 80/50 мм рт.ст. Живот мягкий, Живот мягкий, безболезненный, печень и селезёнка у края рёберной дуги. Срочно сделан анализ периферической крови.

Клинический анализ крови: Hb - 76 г/л, RBC - 2,49x10<sup>12</sup>/л, MCH – 30,5 пг, Ht – 24%, MCV –96,4 фл, MCHC – 31,7 г/л, WBC – 3,1x10<sup>9</sup>/л, ретикулоциты -1%, СОЭ -35 мм/ч, лейкоцитарная формула: л - 71%, п/я - 1%, с/я - 15%, э - 1%, мон - 6%; тромбоциты 22x10<sup>9</sup>/л. Длительность кровотечения по Дюке – 12 мин.

### Задания

1. Обоснуйте ваш диагноз.
  2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику?
  3. Нужно ли проводить дополнительные исследования на догоспитальном этапе?
  4. Тактика ведения больного.
- 

### **Задача 5**

Больная 26 лет. Внезапно появилась слабость, лихорадка, головная боль, поставлен диагноз грипп. В течение нескольких дней температура нормализовалась, больная чувствует себя удовлетворительно в крови : Нв-131 г/л, ЭР 4,5 млн., лейкоц.-19,9 тыс., миелоц-1%, юных-10%, П-12%,С -28%, Э-2%, Л-44%, М - 3%, СОЭ-15 мм/ч.

#### **Задания**

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
  2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
  3. Перечислите возможные осложнения.
  4. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения и прогнозе заболевания.
- 

### **Задача 6**

Больной, 33 года, в течение месяца беспокоит слабость, температура до 38,8° С. Лечился антибиотиками без эффекта, бледность кожных покровов, в остальном без особенностей, в крови :НВ-80Г/Л,ЭР-2,0млн, лейкоц-2,3 тыс., СОЭ-50мм в час, тромб.-100 тыс.

#### **Задания**

1. Какой предположительный диагноз?
  2. Какой метод уточнения морфологического диагноза необходимо провести до начала лечения?
- 

### **Задача 7**

Больной 27 лет обратился по поводу множественных петехиальных кровоизлияний на коже и слизистых в крови :Hb-100 г/л, ЭР-3,1 млн, лейко-41 тыс, наблюдается лейкопение, тромбо-15 тыс,СОЭ-46 мм/ч.

### Задания

1. Назовите алгоритм обследования.
  2. Предположительный диагноз.
  3. Определите лечебную тактику.
  4. Назовите возможные варианты лечения.
- 

### Задача 8

Больной, 25 лет, поступил с жалобами на выраженную слабость, повышение температуры тела до 38 гр .С, головокружение. Данное состояние отмечает в течение 2 недель, связывает с переохлаждением. Неделю назад обратился участковому терапевту, где был выставлен Ds: ОРВИ, ср.тяж. течение. Однако состояние продолжало ухудшаться, несмотря на проводимую терапию. Повторно обратился в больницу, где были сделаны анализы. ОАК: эр-2,5 \* 10<sup>12</sup>/л, Hb-79 г/л, Лейк-6,1 \* 10<sup>9</sup>/л, Лимф-10%, с/я-5%, тромбоциты-100 \* 10<sup>9</sup>/л бласты-85%.

Был направлен в гематологическое отделение, где были проведены цитохимические реакции: На миелопероксидазу и липиды-отриц. ШИК-реакция –полож. в виде гранул. Объективно: состояние больного средней тяжести. Кожные покровы и слизистые бледные. увеличены подчелюстные шейные лимфоузлы, безболезненны. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется у края реберной дуги, селезенка выступает на 2 см, безболезненная.

### Задания

1. Поставьте диагноз.
  2. Что включает в себя лечение данной патологии?
  3. С какими заболеваниями следует проводить дифференциальный диагноз?
- 

### Задача 9

Больная Д., 44 года. Поступила с жалобами на повышение температуры до 38,60 С, першение в горле, умеренные боли при глотании, потливость, общую слабость, рецидивирующие носовые кровотечения. Больна в течение месяца, когда появилась и нарастала боль при глотании, сопровождающаяся повышением температуры. Вызвала участкового врача, который после осмотра поставил диагноз ангины. Получала антибиотики (ампициллин – 0,5 х 4 раза в сутки) в течение 7 дней. Состояние не

улучшилось. Затем врач заподозрил пневмонию, рекомендовал цефазолин по 1,0x3 раза в сутки. При рентгенографии органов грудной клетки очаговых и инфильтративных теней не выявлено. На фоне анитибиотикотерапии температура снизилась до 37,1о С.

При осмотре : состояние средней тяжести. Кожные покровы бледные, на коже верхних и нижних конечностей – петехиальная сыпь. Пальпация грудины умеренно безболезненна. Периферические лимфоузлы не пальпируются. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень и селезенка – по краю реберной дуги. Стул, диурез – в норме.

Общий анализ крови - Нв-70 г/л, лейкоциты - 2,2 x10<sup>9</sup>/л, бластные клетки - 88%, тромбоциты - 12 x10<sup>9</sup>/л.

### **Задания**

1. Ваш диагноз и его обоснование.
  2. Какие дополнительные обследования Вы рекомендуете сделать больной?
  3. Составьте программу лечения для данной больной (этапы лечения, основные схемы полихимиотерапии, сопроводительная терапия).
- 

### **Задача 10**

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.

### **Задания**

1. Поставьте и обоснуйте диагноз.
  2. Проведите дифференциальную диагностику при данном заболевании.
  3. Какие осложнения возможны при данном заболевании.
- 

### **Задача 11**

Больная А., 69 лет. Жалобы на боли в костях, одышку, слабость.  
Анализ периферической крови: WBC –  $65,5 \times 10^9/\text{л}$ , RBC –  $2,04 \times 10^{12}$ ,  
Hb – 63 г/л, MCV – 93,1 фл, MCH- 30,9 пг, MCHC – 332 г/л, PLT –  $30 \times 10^9/\text{л}$ .  
Лейкоцитарная формула: бласты – 90%, миелоциты – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 4%, моноциты – 1%, лимфоциты – 14,5%  
Бласты больших размеров с нежносетчатой структурой ядра и узким ободком слабобазофильной цитоплазмы, в которой содержится азурофильная зернистость и палочки Ауэра. Цитохимия бластных клеток: МПО – положительная в 80 % клеток, липиды-положительные в 50 %, PAS – положительная в диффузной форме в 40% клеток. \_

### Задания

1. Ваш диагноз и его обоснование.
  2. Какие дополнительные обследования Вы рекомендуете сделать больной?
  3. Составьте программу лечения для данной больной (этапы лечения, основные схемы полихимиотерапии, сопроводительная терапия).
- 

### Задача 12

Больной л., 73 года. Поступил в гематологическое отделение с геморрагическим синдромом. Анализ периферической крови: WBC –  $42,7 \times 10^9/\text{л}$ , RBC –  $3,85 \times 10^{12}$ , Hb – 127 г/л, MCV – 95,6 фл, MCH- 33,0 пг, MCHC – 345 г/л, PLT –  $99,0 \times 10^9/\text{л}$ . Лейкоцитарная формула: бласты – 70%, палочкоядерные нейтрофилы 2% миелоциты – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 13%, лимфоциты – 15%. Бласты больших размеров с округлыми или бобовидными ядрами, крупными нуклеолами. Цитохимия бластных клеток: МПО – слабopоложительная в 10 % клеток, PAS – положительная в диффузной форме в 40% клеток, неспецифическая эстераза в 100%, полностью подавляется NaF.

### Задания

1. Ваш диагноз и его обоснование.
  2. Какие дополнительные обследования Вы рекомендуете сделать больной?
  3. Составьте программу лечения для данного больного (этапы лечения, основные схемы полихимиотерапии, сопроводительная терапия).
- 

### Задача 13

Больной Ш., 66 лет. Поступил в гематологическое отделение с выраженным анемическим синдромом. Анализ периферической крови: WBC –  $14,7 \times 10^9/\text{л}$ , RBC –

1,19×10<sup>12</sup>, Hb – 44 г/л, MCV – 102,5, фл, MCH- 37,0 пг, MCHC – 361 г/л, PLT – 713,0×10<sup>9</sup>/л. Лейкоцитарная формула: бласты – 19%, палочкоядерные нейтрофилы 15%, миелоциты – 10%, сегментоядерные нейтрофилы – 18%, эозинофилы – 6%, моноциты – 6%, лимфоциты – 26%. Нормобласты 10 на 100 лейкоцитов.

Миелограмма: бласты – 25 %, миелоциты – 2%, сегментоядерные нейтрофилы -3%, лимфоциты – 1%, базофильные нормобласты -19%, оксифильные нормобласты-8%, мегалобласты- 12%.

### **Задания**

1. Ваш диагноз и его обоснование.
2. Какие дополнительные обследования Вы рекомендуете сделать больному?
3. Составьте программу лечения для данной больной (этапы лечения, основные схемы полихимиотерапии, сопроводительная терапия).

---

### **Задача 15**

Девочка 8 лет. Данные анамнеза: ребенок от 1-й, нормально протекавшей беременности. Роды срочные. Росла и развивалась нормально. 3-4 раза в год болела ОРВИ. За месяц до поступления стала жаловаться на боли в животе, ухудшился аппетит. Периодически отмечались кратковременные повышения температуры до 38-38.5 градусов без признаков катарра верхних дыхательных путей. К врачу не обращалась. В последние дни перед госпитализацией появились боли в правом коленном суставе, и ребенок госпитализирован. Данные объективного осмотра при поступлении: кожные покровы бледные с сероватым оттенком. Слизистые бледные. Единичные экхимозы и необильная петехиальная сыпь на голенях, груди. Пальпируются заднешейные, подчелюстные, тонзиллярные, подмышечные и паховые лимфоузлы до 1х2 см, множественные, подвижные. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Число дыханий 25 в минуту. Тахикардия. Тоны сердца приглушены, систолический шум на верхушке. АД 96/50 мм рт. столба. Живот мягкий, умеренная болезненность при пальпации в области пупка. Печень выступает из-под края реберной дуги на 3 см, селезенка – на 2 см. Мочеиспускание свободное.

Данные проведенного обследования:

Анализ крови: гемоглобин –89 г/л, эр.-2.5 x10<sup>12</sup>/л, ц.п.-0.9, тромбоциты-15x10<sup>9</sup>/л, лейкоц.-42.0 x10<sup>9</sup>/л, бласты-98%, лимф. – 2%, СОЭ-29 мм/час.

### **Задания**

1. Поставить диагноз.
2. План дополнительного обследования.
3. Какое исследование позволит уточнить форму заболевания?
4. План лечения.

5. С какими заболеваниями по клинической картине необходимо проводить дифференциальный диагноз?

---

### Задача 16

Больной С., 62 года. В клинической картине наблюдается гепатоспленомегалия, снижение массы тела. Анализ периферической крови: WBC –  $55,3 \times 10^9/\text{л}$ , RBC –  $2,52 \times 10^{12}$ , Hb – 82 г/л, MCV – 95,6 фл, MCH- 32,5 пг, MCHC – 340 г/л, PLT –  $236 \times 10^9/\text{л}$ . Лейкоцитарная формула: бласты – 35%, промиелоциты – 2%, миелоциты- 2%, метамиелоциты- 1%, палочкоядерные нейтрофилы- 2%, сегментоядерные нейтрофилы – 19%, базофилы- 33%, эозинофилы- 4%, лимфоциты – 2%.

### Задания

1. Ваш диагноз и его обоснование.
  2. Какие дополнительные обследования Вы рекомендуете сделать больному?
  3. Составьте программу лечения для данной больной (этапы лечения, основные схемы полихимиотерапии, сопроводительная терапия).
- 

### Задача 17

В исследуемой крови больной женщины обнаружены следующие изменения. Количество эритроцитов –  $3,0 \times 10^{12}/\text{л}$ , концентрация гемоглобина – 100 г/л, ЦП- 0,9. Тромбоцитов –  $90 \times 10^9/\text{л}$ . Количество лейкоцитов –  $60 \times 10^9/\text{л}$ ; Б – 2, Э – 8, Мц – 5, Ю – 16, Пя – 20; Ся – 30, Л – 10, М – 0, промиелоцитов – 5, миелобластов – 4. Слабо выраженный анизоцитоз, выраженный пойкилоцитоз, единичные нормоциты. СОЭ – 25 мм/час.

### Задания

1. Какие патологические изменения периферической крови имеют место в данном анализе (симптоматические или системные)?
2. К какому основному виду лейкозов по гистогематическому принципу следует отнести данную патологию?
3. Хроническая или острая форма этого процесса и что является подтверждением Вашего вывода?

4. Какая это форма лейкоза в зависимости от содержания лейкоцитов в периферической крови?
  5. О чём свидетельствует и чем характеризуется наблюдающаяся при этом анемия и тромбоцитопения?
  6. Сформулируйте на основании представленных гематологических данных полное заключение о виде лейкоза.
- 

### **Задача 18**

В анализе крови обнаружены следующие изменения. Количество эритроцитов –  $1,8 \cdot 10^{12}/л$ , концентрация гемоглобина – 55 г/л, ЦП- 0,9. Тромбоцитов –  $80 \cdot 10^9/л$ . Количество лейкоцитов –  $2,3 \cdot 10^9/л$ ; Б – 0, Э – 0, Мц – 1, Ю – 1, Пя – 2; Ся – 17, Л – 7, М – 0, бластные клетки – 72. Анизоцитоз, выраженный пойкилоцитоз. СОЭ – 54 мм/час.

### **Задания**

1. Какие патологические изменения периферической крови имеют место в данном анализе (симптоматические или системные)?
  2. К какому основному виду лейкозов по гистогематическому принципу следует отнести данную патологию?
  3. Хроническая или острая форма этого процесса и что является подтверждением Вашего вывода?
  4. Какая это форма лейкоза в зависимости от содержания лейкоцитов в периферической крови?
  5. О чём свидетельствует и чем характеризуется наблюдающаяся при этом анемия и тромбоцитопения?
  6. Сформулируйте на основании представленных гематологических данных полное заключение о виде лейкоза.
- 

### **Задача 19**

У больного следующий ОАК: Эритроциты  $2,1 \cdot 10^{12}/л$ , гемоглобин 74 г/л, цветовой показатель 1,0, ретикулоциты 12 %, тромбоциты  $32 \cdot 10^9/л$ , лейкоциты  $45 \cdot 10^9/л$ , эозинофилы 0%, базофилы 0 %, палочкоядерные нейтрофилы 0, 5%, сегментоядерные нейтрофилы 23,5%, лимфоциты 6%, моноциты 1%, СОЭ 54 мм/ч. При исследовании костного мозга обнаружено 93% бластных клеток.

## Задания

1. Ваш диагноз и его обоснование.
  2. Какие дополнительные обследования Вы рекомендуете сделать больному?
  3. Оцените гемограмму.
- 

## Задача 20

Больная А., 69 лет. Жалобы на боли в костях, одышку, слабость. Анализ периферической крови: WBC –  $65,5 \times 10^9/\text{л}$ , RBC –  $2,04 \times 10^{12}$ , Hb – 63 г/л, MCV – 93,1 фл, MCH- 30,9 пг, MCHC – 332 г/л, PLT –  $30 \times 10^9/\text{л}$ .

Лейкоцитарная формула: бласты – 90%, миелоциты – 4%, сегментоядерные нейтрофилы – 4%, моноциты – 1%, лимфоциты – 14,5% Бласты больших размеров с нежносетчатой структурой ядра и узким ободком слабобазофильной цитоплазмы, в которой содержится азурофильная зернистость и палочки Ауэра.

Цитохимия бластных клеток: МПО – положительная в 80 % клеток, липиды-положительные в 50 %, PAS – положительная в диффузной форме в 40% клеток.

## Задания

1. Ваш диагноз и его обоснование.
  2. Какие дополнительные обследования Вы рекомендуете сделать больной?
  3. Составьте программу лечения для данной больной (этапы лечения, основные схемы полихимиотерапии, сопроводительная терапия).
-

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 3.**

### **ТЕМЫ ДОКЛАДОВ С ПРЕЗЕНТАЦИЕЙ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ:**

1. Эпидемиологические особенности и профилактика острых лейкозов в мире.
2. Современные теории этиологии и патогенеза лейкозов.
3. Лабораторная и цитохимическая диагностика острых лейкозов.
4. Современные данные о строении костного мозга процессах кроветворения в норме.
5. Современные данные о процессах кроветворения при опухолевом процессе.
6. Классификационные особенности острого миелолейкоза.
7. Современные методы ранней диагностики острого миелолейкоза.
8. Иммунофенотипирование при остром лейкозе.
9. Острый миелобластный лейкоз: эпидемиология, клиника, диагностика.
10. Острый лимфобластный лейкоз: эпидемиология, клиника, диагностика.

## **ПРИЛОЖЕНИЕ 4.**

### **ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ ДЛЯ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ:**

1. Диспансеризация пациентов с различными формами лейкозов.
2. Таргетная терапия при острых лейкозах.
3. Современные протоколы лечения лейкозов.
4. Комбинированное лечение острых лейкозов.
5. Иммунотерапия при острых лейкозах.
6. Трансплантация костного мозга и периферических стволовых клеток в лечении острого лейкоза.
7. Лучевая терапия при остром миелолейкозе, современные методы.
8. Современные методы хирургического лечения при регионарном и отдаленном метастазировании сарком.
9. Роль иммуногистохимического исследования в диагностике и лечении острого лейкоза.
10. Симптоматическая терапия при запущенных формах острого лейкоза.

## ПРИЛОЖЕНИЕ 5

### ВИДЫ КОНТРОЛЯ И АТТЕСТАЦИИ, ФОРМЫ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

№ п/п	№ семестра	Виды контроля	Наименование раздела учебной дисциплины	Оценочные средства		
				Форма	Кол-во вопросов в задании	К-во независимых вариантов
1	2	3	4	5	6	7
1.	2	ВК, ТК, ПК	<b>Общие вопросы связанные с проблемами острого миелобластоза.</b>	Тест	25	1
2.	3	ВК, ТК, ПК	<b>Острый миелобластоз</b>	Тест	25	1

#### Шкала оценивания тестов:

« 5 баллов» - 85-100 % правильных ответов

«3-4 баллов» - 70-79 % правильных ответов

«1-2 баллов» - 50-69 % правильных ответов

«0 баллов» - менее 50 % правильных ответов

---

#### Ситуационные задачи

##### Задача 8

Больная жалуется на опухоль в левой молочной железе, болеет 2 месяца, опухоль увеличивается в объеме. При пальпации в наружном квадранте молочной железы пальпируется опухоль, подвижная, мягкой консистенции. Подмышечные лимфоузлы не пальпируются.

#### Задания

1. Назовите алгоритм обследования.
2. Предположительный диагноз.
3. Определите лечебную тактику.
4. Назовите возможные варианты лечения.

5. Проведите дифференциальную диагностику.

### **Эталоны ответов к ситуационной задач**

1. Узи молочной железы, маммограмма, пункция опухоли и цитологическое исследование.
2. Опухоль молочной железы (возможно рак).
3. Секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием, а затем при подтверждении диагноза расширенная операция.
4. При подтверждении рака цитологическим методом – консилиум из врачей маммолога, радиолога и химиотерапевта и затем начинают либо с хирургического, либо химиотерапия и лучевая с последующим хирургическим лечением.
5. Дифференциальная диагностика: аденома, киста, мастит

### **УКАЗАНИЯ К ОЦЕНИВАНИЮ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ / БАЛЛЫ**

- Решение правильное и полное, включающее все приведенные выше элементы / 5 баллов
- Решение включает четыре из приведенных выше элементов / 3-4 баллов
- Решение неполное, включает три из приведенных выше элементов / 1-2 баллов
- Все элементы записаны неверно или записан правильно только один элемент / 0 баллов

---

### **ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ФРОНТАЛЬНОГО ОПРОСА (текущий контроль – «ЗНАТЬ»)**

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

1. Знание темы занятия общей и частной онкологии.
2. Глубина и полнота раскрытия вопроса.
3. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
4. Умение объяснить сущность темы занятия, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
5. Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные дополнительные вопросы.

Отметкой **(9-10 баллов)** оценивается ответ, который изложен логически правильно доступной форме соответственно терминологии применяемый в онкологии, а также в целом в медицине; отличные знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; глубоко разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностей клинического

течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований

Отметкой **(7-8 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания в вопросах общей и частной онкологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований, не достаточно глубокие знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; средне разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований.

Отметкой **(5-6 баллов)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах общей и частной онкологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований, средние знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; не глубоко разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); относительно свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований.

Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, который показывает очень слабые знания в вопросах общей и частной онкологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований; плохо знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; не разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); относительно свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований, допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

### **ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ РЕФЕРАТА (рубежный контроль)**

	<b>Нет ответа -0 баллов</b>	<b>Минимальный ответ 2 баллов</b>	<b>Изложенный, раскрытый ответ 3 баллов</b>	<b>Законченный полный ответ 4 балла</b>	<b>Образцовый, примерный, достойный подражания ответ - 5 баллов</b>	<b>оценка</b>
<i>Раскрытие проблемы</i>	-	<i>Проблема не раскрыта. Отсутствуют выводы</i>	<i>Проблема раскрыта не полностью. Выводы не сделаны или выводы не обоснованы</i>	<i>Проблема раскрыта. Проведен анализ проблемы без привлечения дополнительной литературы. Не все выводы сделаны или обоснованы.</i>	<i>Проблема раскрыта полностью. Проведен анализ проблемы с привлечением дополнительной литературы. Выводы сделаны.</i>	
<i>Представление</i>	-	<i>Представляемая информация логически не связана.</i>	<i>Представляемая информация не систематизирована и не последовательна.</i>	<i>Представляемая информация систематизирована и последовательна.</i>	<i>Представляемая информация систематизирована, последовательна и логически связана.</i>	
<i>Оформление</i>	-	<i>Не соблюдены условия оформления реферата. Больше 4 ошибок в представляемой информации</i>	<i>3-4 ошибки в представляемой информации</i>	<i>Не более 2-х ошибок в представляемой информации</i>	<i>Отсутствуют ошибки в представленной информации</i>	
<i>Ответы на вопросы</i>	-	<i>Нет ответов на вопросы</i>	<i>Только ответы на элементарные вопросы</i>	<i>Ответы на вопросы полные или частично полные.</i>	<i>Ответы на вопросы полные с приведением примеров и</i>	

					пояснений	
<b>Итоговая оценка</b>						

### ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ ДОКЛАДА (рубежный контроль)

№	Наименование показателя	Отметка (в баллах)
<b>ФОРМА</b>		2
1	Деление текста на введение, основную часть и заключение	1
2	Логичный и понятный переход от одной части к другой, а также внутри частей	1
<b>СОДЕРЖАНИЕ</b>		2
1	Соответствие теме	0,5
2	Наличие основной темы (тезиса) в вводной части и обращенность вводной части к читателю	0,5
3	Развитие темы (тезиса) в основной части (раскрытие основных положений через систему аргументов, подкрепленных фактами, примерами и т.д.)	0,5
4	Наличие выводов, соответствующих теме и содержанию основной части	0,5
<b>ДОКЛАД</b>		1
1	Правильность и точность речи во время защиты	0,5
2	Широта кругозора (ответы на вопросы), выполнение регламента	0,5
<b>Всего баллов</b>		<b>Сумма баллов 5</b>

### ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ УСТНОГО ОПРОСА (промежуточный контроль – «ЗНАТЬ»)

При оценке устных ответов на проверку уровня обученности ЗНАТЬ учитываются следующие критерии:

6. Знание основных разделов общей и частной онкологии.
7. Глубина и полнота раскрытия вопроса.
8. Владение терминологическим аппаратом и использование его при ответе.
9. Умение объяснить сущность канцерогенеза, этиологии опухолей, делать выводы и обобщения, давать аргументированные ответы.
10. Владение логичностью и последовательность ответа, умение отвечать на поставленные дополнительные вопросы.

Отметкой **(16-20 баллов)** оценивается ответ, который изложен логически правильно доступной форме соответственно терминологии применяемый в онкологии, а также в целом в медицине; отличные знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; глубоко разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований

Отметкой **(10-15 баллов)** оценивается ответ, который показывает прочные знания в вопросах общей и частной онкологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований, не

достаточно глубокие знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; средне разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований.

Отметкой **(5-10 баллов)** оценивается ответ, который показывает средние знания в вопросах общей и частной онкологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований, средние знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; не глубоко разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); относительно свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований.

Отметкой **(1-4 баллов)** оценивается ответ, который показывает очень слабые знания в вопросах общей и частной онкологии, особенностей клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований; плохо знания о этиологии и патогенезе злокачественных новообразований; не разбирается в статистике основных форм рака (заболеваемость и смертность); относительно свободно ориентироваться в основных симптомах злокачественных опухолей, особенностях клинического течения, диагностики, дифференциальной диагностики, лечения и прогноза злокачественных новообразований, допускаются серьезные ошибки в содержании ответа.

### **ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ АНАЛИТИЧЕСКИХ И ПРАКТИЧЕСКИХ ЗАДАНИЙ (промежуточный контроль – «УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ»)**

При оценке ответов на проверку уровня обученности УМЕТЬ и ВЛАДЕТЬ учитываются следующие критерии:

Отметкой **(8-10 баллов)** оценивается ответ, при котором студент ставит постановку диагноза злокачественной опухоли самостоятельно; оценивает альтернативные решения для диагностики и лечения рака; профессионально выражает и обосновывает свою позицию по основным формам злокачественных новообразований, по организации и структуре онкологической службы, по современным подходам в комплексном лечении рака (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение); глубоко выявляет степень и характер поражения органов и систем при злокачественных новообразованиях; отлично выявляет причинно-следственные связи в этиологии и патогенезе развития рака; умеет анализировать и аналитически мыслить при постановке диагноза, дифференциальной диагностике и назначении терапии при раке.

Отметкой **(4-7 баллов)** оценивается ответ, при котором студент ставит постановку диагноза злокачественной опухоли самостоятельно, но не оценивает альтернативные решения диагностики; недостаточно профессионально выражает и обосновывает свою позицию по основным формам злокачественных новообразований, по организации и структуре онкологической службы, по современным подходам в комплексном лечении рака (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение); достаточно глубоко выявляет степень и характер поражения органов и систем при злокачественных новообразованиях; не совсем грамотно выявляет причинно-следственные связи в этиологии и патогенезе развития рака. Демонстрирует достаточное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию выполнены.

Отметкой **(1-3 балла)** оценивается ответ, при котором студент не ставит постановку диагноза злокачественной опухоли самостоятельно, и не оценивает альтернативные решения диагностики; слабо выражает и обосновывает свою позицию по основным формам злокачественных новообразований, по организации и структуре онкологической службы, по современным подходам в комплексном лечении рака (химиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение); плохо выявляет степень и характер поражения органов и систем при

злокачественных новообразованиях; не может выявить причинно-следственные связи в этиологии и патогенезе развития рака. Демонстрирует частичное или небольшое понимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены.

Отметкой (**0 баллов**) оценивается ответ, при котором студент демонстрирует непонимание проблемы или нет ответа и даже не было попытки решить задачу.

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ КУРАЦИИ БОЛЬНОГО (клинический разбор больного)

№	Наименование показателя	Отметка (в баллах)
1.	Заполнение паспортной части	0-1
2.	Жалобы (детальное описание)	0-2
3.	Анамнез заболевания ( детальное описание)	0-2
4.	Анамнез жизни (детальное описание)	0-1
5.	Описание характеристики общего состояния больного	0-1
6.	Правильность интерпретации клинико-лабораторных данных	0-2
7.	Правильность интерпретации функциональных методов исследований (ЭКГ, Эхо КГ, Рентген, УЗИ, компьютерной томограммы)	
8.	Правильность интерпретации гистологического и цитологического анализов	
9.	Правильность интерпретации радионуклеидных методов исследований	
10.	Предварительная оценка состояния больного по результатам объективного осмотра (пальпация, перкуссия, аускультация).	0-2
11.	Соблюдение инфекционного контроля (медицинская форма, обработка рук и др.)	0-2
12.	Оценка состояния раны, дренажных трубок, стомических трубок и т.д. послеоперационных больных в перевязочном кабинете	
13.	Обработка раны послеоперационных больных в перевязочном кабинете	
14.	Фиксация перевязочных материалов лейкопластырем или бинтом	
15.	Умение пользоваться хирургическим инструментарием	
16.	Оценка тактики лечения	0-2
<b>Всего баллов</b>		<b>сумма баллов: 15</b>

## ШКАЛА ОЦЕНИВАНИЯ НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ

№	Наименование показателя	Отметка (в баллах)
1.	Общие сведения о больном	0-1
2.	Жалобы (кратко и чётко перечисляются все жалобы больного в настоящее время)	0-2
3.	Анамнез	0-2
4.	Общее состояние пациента	0-2
5.	Локальный статус	0-2
6.	Назначение и анализ дополнительных исследований	0-2
7.	Диагноз и его обоснование	0-2
8.	Дифференциальный диагноз	0-1
9.	План лечения, рецептура, описание операций	0-1
<b>Всего баллов</b>		<b>сумма баллов: 15</b>

Технологическая карта дисциплины «Острый миелолейкоз» для  
ординаторов по специальности «Детская онкология»

III семестр, количество зачетных единиц 2, отчетность – зачет с оценкой

Название модулей дисциплины согласно РПД (по количеству ЗЕ в семестре за минусом на КР (КП))	Контроль	Форма контроля	Зачетный минимум	Зачетный максимум	График контроля (неделя, семестра)
1. Общие вопросы связанные с проблемами острого миелолейкоза.	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла.	15	25	12
	Рубежный контроль	доклад, реферат	5	10	
<b>Модуль 1</b>					
2. Острый миелолейкоз	Текущий контроль	Фронтальный опрос, курация больных в отделениях, решение ситуационных задач Посещаемость: за каждое пропущенное и не отработанное занятие снимается 0,5 балла.	15	25	13
	Рубежный контроль	доклад, реферат	5	10	
<b>Модуль 2</b>					
Всего за I семестр:			<b>40</b>	<b>70</b>	
Промежуточный контроль (зачет с оценкой): - устный опрос; - решение тестов; - ситуационные задачи.			<b>20</b>	<b>30</b>	13
Семестровый рейтинг по дисциплине			<b>60</b>	<b>100</b>	

## СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

## Задача 8

Больная жалуется на опухоль в левой молочной железе, болеет 2 месяца, опухоль увеличивается в объеме. При пальпации в наружном квадранте молочной железы пальпируется опухоль, подвижная, мягкой консистенции. Подмышечные лимфоузлы не пальпируются.

**Задания**

1. Назовите алгоритм обследования.
2. Предположительный диагноз.
3. Определите лечебную тактику.
4. Назовите возможные варианты лечения.
5. Проведите дифференциальную диагностику.

**Эталоны ответов к ситуационной задаче**

1. Узи молочной железы, маммограмма, пункция опухоли и цитологическое исследование.
2. Опухоль молочной железы (возможно рак).
3. Секторальная резекция молочной железы со срочным гистологическим исследованием, а затем при подтверждении диагноза расширенная операция.
4. При подтверждении рака цитологическим методом – консилиум из врачей маммолога, радиолога и химиотерапевта и затем начинают либо с хирургического, либо химиотерапия и лучевая с последующим хирургическим лечением.
5. Дифференциальная диагностика: аденома, киста, мастит

**КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
им. Б.Н. Ельцина**

**Медицинский факультет  
Кафедра онкологии и лучевой терапии**

**Реферат**

*на тему:*

*«Колоректальный рак»*

*Выполнил(а) ординатор  
Первого (второго) года обучения:*

*Иванов А.К.*

*Проверил(а): Петров А.К.*

Бишкек 2017 г.

**ПРИЛОЖЕНИЕ 9**

**СХЕМА НАПИСАНИЯ ИСТОРИИ БОЛЕЗНИ НА КАФЕДРЕ ОНКОЛОГИИ  
И ЛУЧЕВОЙ ТЕРАПИИ**

**( Т И Т У Л Ь Н Ы Й Л И С Т )**

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ  
КЫРГЫЗСКО-РОССИЙСКИЙ СЛАВЯНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ**

Кафедра онкологии и лучевой терапии

**ИСТОРИЯ БОЛЕЗНИ**

Фамилия, имя, отчество больного

Клинический диагноз: основной (с указанием стадии и клинической группы)

Осложнения основного заболевания:

Сопутствующие заболевания:

Время курации:

начало \_\_\_\_\_

окончание \_\_\_\_\_

Куратор: *фамилия, имя, отчество*  
*клинического ординатора.*

Факультет, год обучения.

Фамилия, имя, отчество, должность преподавателя

## ПАСПОРТНАЯ ЧАСТЬ

Медицинская карта стационарного больного № \_\_\_\_\_

Отделение \_\_\_\_\_

Палата \_\_\_\_\_

1. Фамилия, имя, отчество больного.
2. Год рождения, возраст.
3. Место работы, должность.
4. Профессия.
5. Домашний адрес.
6. Дата поступления в стационар.
7. Дата выписки.
8. Диагноз направившего ЛПУ.
9. Диагноз клинический:
  - основной;
  - осложнения основного;
  - сопутствующие болезни.

## ЖАЛОБЫ БОЛЬНОГО

В этом разделе подробно излагаются жалобы, обусловленные основным заболеванием, по поводу которого больной госпитализирован в онкологическое учреждение. Жалобам следует дать детальную характеристику.

**При наличии опухолевого образования** указать, при каких обстоятельствах выявлена опухоль, как изменилась с течением времени, болезненна или безболезненна.

**При наличии болевого синдрома** охарактеризовать локализацию, интенсивность, продолжительность, характер болей, иррадиацию, сезонность, время появления, связь с приемом пищи и ее составом, с физиологическими отправлениями, с переменной положения тела, с дыханием, с фазой менструального цикла и т. д.

Необходимо уточнить **изменение общего состояния** больного, проявление общих симптомов болезни (слабость, утомляемость, снижение работоспособности,

похудение, снижение или потеря аппетита, гипертермия, вкусовые отклонения, наличие кожного зуда, отеков, потливости и др.).

В разделе должны найти отражение **нарушения со стороны органов желудочно-кишечного тракта** (нарушение глотания, слюнотечение, срыгивание, отрыжка, тошнота, рвота, чувство быстрого насыщения, ощущение тяжести и дискомфорта, урчание, запоры, поносы, патологические выделения с каловыми массами, изменение формы калового столба, тенезмы и др.), **со стороны дыхательной системы** (изменение голоса, одышка, кашель, мокрота и ее характер, наличие крови в мокроте, приступы удушья), **со стороны мочеполовой системы** (учащенное мочеиспускание, никтурия, боли и рези при мочеиспускании, наличие крови в моче, патологические выделения из половых путей, нарушение менструального цикла, кровомазание в менопаузе), **со стороны кожных покровов и слизистых** (сыпь, расчесы, изъязвления, отеки, изменение пигментации, цвета кожных покровов, пигментные пятна, изменение размеров, цвета, контуров, поверхности пигментных невусов), **со стороны костно-суставной системы** (ограничение в подвижности, нарушение функции конечностей, деформация суставов и конечностей, отечность, изменение цвета кожных покровов), **со стороны нервной системы** (головокружение, тошнота, рвота, двоение в глазах, резкое снижение остроты зрения, неустойчивость при ходьбе, парестезии, гиперестезии, слабость в конечностях).

Беседуя с больным, необходимо дифференцировать жалобы, имеющие отношение к основному процессу, с обусловленными сопутствующими заболеваниями. В данном разделе истории болезни следует отразить жалобы, характеризующие функциональное состояние органов и систем, существенное нарушение функции которых может повлиять на выбор тактики лечения.

### **ИСТОРИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ (ANAMNESIS MORBI)**

В данном разделе дается описание начала и развития настоящего заболевания от первых его проявлений до момента осмотра пациента. При этом нужно выявить те факторы, которые имеют отношение к этиологии и патогенезу заболевания, а также отразить динамику клинических симптомов, появление осложнений, эффективность лечения (оперативного вмешательства, лучевой терапии с указанием разовой и очаговой дозы, химиотерапевтического лечения с названием противоопухолевых препаратов, их доз и методов введения) и т. д. Кроме того, следует выявить те

симптомы, которые больной не заметил или посчитал несущественными.

Необходимо отметить дату первого обращения к врачу по поводу настоящего заболевания, учреждение, установленный диагноз, назначенное обследование, проведенное лечение и его эффективность. Следует указать, когда наступило ухудшение и по какой причине. Нужно привести сведения о последующих обращениях, выполненном обследовании и лечении в амбулаторных и стационарных условиях.

При оформлении данного раздела истории болезни следует лишь кратко отражать результаты проведенного обследования, не приводя подробное описание рентгенологического, эндоскопического и прочих методов. Детальная информация по результатам обследования будет приведена в разделе «Результаты лабораторных и инструментальных методов исследования». Если диагноз подтвержден цитологическим и гистологическим методами, необходимо это указать.

В конце формулируется цель госпитализации (уточнение диагноза, комбинированное лечение, лучевая терапия и т. д.).

### **ИСТОРИЯ ЖИЗНИ (ANAMNESIS VITAE)**

История жизни больного должна кратко отражать те бытовые, семейные, наследственные факторы, условия и особенности трудовой деятельности, вредные привычки, перенесенные заболевания, которые могли повлиять на возникновение опухолевого образования.

Нет необходимости описывать все перенесенные заболевания, начиная с детского возраста, если они не имеют отношения к возникновению опухолевой патологии.

Прежде всего указываются предопухолевые заболевания и фоновая патология, имеющие этиологическую взаимосвязь с основным (опухолевым) заболеванием. Требуется отразить, кем наблюдался пациент, состоял ли на диспансерном учете, когда последний раз проходил обследование, какое лечение получал, какова его эффективность.

Необходимо отразить перенесенные или имеющиеся заболевания (болезни печени, почек, сердечно-сосудистой системы и других жизненно важных органов), наличие которых может ограничивать возможности обследования и повлиять на выбор методов лечения больного.

При проживании на загрязненной радионуклидами территории необходимо

указать населенный пункт, сроки проживания, время переселения.

При наличии опухолевой патологии, связанной с генитальной сферой (молочная железа, женские половые органы), необходимо уточнить состояние менструальной функции: время начала менструаций, продолжительность, периодичность и цикличность месячных, возраст, в котором наступила менопауза. Выясняется сексуальная функция: начало половой жизни, ее регулярность, продолжительность, способы контрацепции. Описывается репродуктивная функция: количество беременностей, в каком возрасте, роды, их количество, прерывание беременности, длительность лактации. Указываются перенесенные гинекологические заболевания.

В данном разделе истории болезни должны найти отражение:

- условия труда и быта, которые могли способствовать возникновению опухоли (профессиональные вредности, регулярность и особенности питания, образа жизни);
- вредные привычки (курение, длительность курения, количество сигарет или папирос в день, употребление алкоголя и наркотических веществ);
- наследственность (наличие у кровных родственников злокачественных новообразований).

Отмечается наличие аллергических реакций, переливание крови и кровезаменителей с указанием переносимости.

## **ОБЪЕКТИВНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО (STATUS PRAESENS OBJEKTIVUS)**

Этот раздел включает описание общего состояния больного, а также результаты физикального обследования (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация) по органам и системам. Если у пациента нет тяжелой сопутствующей патологии, то состояния систем и органов описываются кратко. Состояние пораженного опухолью органа описывается в разделе

«Местное проявление заболевания», а в данном разделе истории болезни делается пометка: «смотри «Status localis».

Приводятся следующие сведения:

1. **Общее состояние больного:** удовлетворительное, средней тяжести, тяжелое.

2. **Положение больного:** активное, пассивное, вынужденное.

3. **Телосложение:** нормостеническое, астеническое, гиперстеническое, рост, вес.

4. **Температура тела.**

5. **Кожа и слизистые оболочки:** окраска (нормальная, бледная, желтушная, землистая, синюшная, бронзовая), пигментация, депигментация, рубцы, расчесы, геморрагии, высыпания, эластичность, влажность, тургор; предопухолевые состояния и фоновая патология (пятно, трещина, язва, бородавка); доброкачественные опухоли (папилломы, фибромы и т. д.); дистрофические процессы (гиперкератозы, дискератозы, рубцы, свищи); наличие признаков синдрома верхней или нижней полой вен; наличие паранеопластических кожных проявлений (Nigricans acanthosis, ладонно-подошвенный гиперкератоз, узловая эритема и др.).

6. **Подкожно-жировая клетчатка:** развитие (умеренное, слабое, чрезвычайное), места наибольшего отложения жира; наличие отеков, их локализация и распространенность.

7. **Периферические лимфатические узлы.** Дается описание под- челюстных, шейных, надключичных, локтевых, подмышечных, паховых лимфатических узлов, при их увеличении указывается величина, консистенция, болезненность, подвижность, фиксация их между собой и с кожей, изменение цвета кожи и локальная гипертермия. При наличии у больного системного заболевания (злокачественные лимфомы), а также при метастазах в периферических лимфатических узлах описание пораженных групп приводится в разделе «Местное проявление заболевания».

8. **Мышцы:** степень развития (хорошее, умеренное, слабое).

9. **Суставы:** изменение конфигурации, болезненность и хруст при движениях, объем активных и пассивных движений.

10. **Кости:** деформация, болезненность при пальпации, ограничение в подвижности; утолщение концевых фаланг пальцев рук и ног в виде барабанных палочек, ногти в виде часовых стекол.

11. **Неврологический статус:** сознание (ясное, спутанное); настроение (спокойное, подавленное, тревожное, эйфория); реакция зрачков на свет; симптомы поражения черепно-мозговых нервов; параличи, парезы, дермографизм; психические нарушения (бред, галлюцинации). Проводится исследование в позе Ромберга (устойчив, неустойчив).

**12. Щитовидная железа:** форма шеи, видимые деформации, симметричность; смещение трахеи и гортани; локализация опухоли (правая или левая доля, перешеек, пирамидальная доля, тотальное поражение), размеры; характеристика опухоли (узел, конгломерат узлов, инфильтрат, диффузное уплотнение); консистенция опухоли (мягкая, мягкоэластичная, плотноэластичная, плотная, каменистая, флюктуирующая); пульсация опухоли (видна, определяется при пальпации, не определяется); контуры опухоли (четкие, нечеткие); смещаемость при пальпации, при глотании; сращение с кожей, с подлежащими тканями, изъязвление. Регионарные лимфатические узлы: подчелюстные, надключичные, глубокие шейные, бокового треугольника шеи (локализация, размеры, консистенция, болезненность, связь с окружающими тканями, между собой и с кожей). Здесь же указываются признаки, характеризующие функциональное состояние щитовидной железы (эутиреоз, гипотиреоз, гипертиреоз с конкретным указанием симптомов), нарушение дыхания, глотания, изменение голоса.

### **13. Молочные железы.**

Осмотр: размеры (большие, малые, средние), форма, симметричность, уменьшение или увеличение молочной железы на стороне поражения по сравнению с контрлатеральной, деформация, ареола (форма правильная, измененная); сосок (смещен, уплощен, втянут, без изменений); отек кожи («лимонная корочка») (в каком квадранте, в центральной зоне, всей железы, верхней конечности); изъязвление (локализация, размеры, отделяемое).

Пальпация: локализация опухоли (сторона, квадрант (верхне-наружный, нижне-наружный, верхне-внутренний, нижне-внутренний, субареолярная зона)); размер опухоли (в сантиметрах), ее консистенция, болезненность; характеристика опухоли (узел, инфильтрат, диффузное уплотнение); контуры опухоли (четкие, нечеткие); поверхность (гладкая, бугристая); изменение размеров и формы опухоли при перемене положения тела и придавливании опухоли к грудной стенке; кожные симптомы (уплощение, втяжение, поперечная морщинистость, название симптома по автору); смещаемость опухоли, фиксация к коже, мышцам, грудной клетке; выделения из соска (серозные, зеленоватые, сукровичные, геморрагические, сливкообразные, гнойные, спонтанные или появляющиеся при надавливании, из одного или нескольких протоков); регионарные лимфатические узлы: локализация (подмышечные, надключичные, шейные), размер, консистенция, количество, подвижность, болезненность, фиксация между собой и к окружающим тканям, в том числе к коже;

состояние контрлатеральной молочной железы.

**14. Система органов дыхания:** нарушение дыхания, осиплость голоса, тембр, афония; одышка в покое, при ходьбе, характер одышки (инспираторная, экспираторная, смешанная), выраженность; число дыханий в минуту.

Грудная клетка: форма, симметричность, деформации, участие в дыхании, окружность; наличие признаков синдрома верхней полой вены; дыхательная экскурсия грудной клетки; расширение поверхностных венозных коллатералей грудной стенки; болезненность при пальпации.

Перкуссия: топографическая — границы легких и высота стояния верхушек, сравнительная — характер перкуторного звука.

Аускультация: характер дыхания (везикулярное, бронхиальное, усиленное, ослабленное, жесткое, не проводится), добавочные дыхательные шумы: хрипы (сухие, влажные), крепитация, шум трения плевры.

#### **15. Система органов кровообращения.**

Осмотр: видимая пульсация периферических сосудов, выбухание вен шеи, грудной и брюшной стенки, верхних и нижних конечностей, акроцианоз, патологическая пульсация в области сердца; отеки в области лодыжек, голеней, увеличение живота.

Пальпация: характер и частота пульса на лучевых артериях, его ритмичность, свойства верхушечного толчка, его характеристика, дефицит пульса. Определение систолического и диастолического давления, пульсовое давление.

Перкуссия: границы сердца, конфигурация.

Аускультация: тоны сердца (ясные, глухие, громкие, тихие), нарушение ритма (тахикардия, брадикардия, экстрасистолия, мерцательная аритмия и др.), шумы сердца и их характеристика, шум трения перикарда, плевроперикардиальный шум.

#### **16. Система органов пищеварения.**

Осмотр полости рта: язык (окраска, влажность, наличие налетов, глоссита, трещин, язв), десна, твердое и мягкое небо, слизистая дна полости рта и небные миндалины (окраска, кровоточивость, изъязвления, некрозы, налеты, наличие опухолей).

Осмотр живота: форма, его величина, участие в дыхании, асимметрия, наличие венозных коллатералей; выбухание пупка или его сглажен-

ность; видимая перистальтика желудка и кишечника, пульсация в подложечной области.

Пальпация: поверхностная ориентировочная — болезненность, диффузное и ограниченное напряжение мышц живота, наличие грыж, опухолей и расхождения прямых мышц живота; глубокая — характеристика желудка и различных отделов толстой кишки (расположение, болезненность, подвижность, консистенция и др.), опухоль (не определяется, пальпируется четко, нечетко), локализация, форма, контуры (четкие, нечеткие), величина, консистенция (твердая, эластичная, мягкая), подвижность. Определяется наличие и степень выраженности болевых симптомов, симптомов раздражения брюшины, их локализация и распространенность; урчание. Пальпаторно оценивается увеличение, консистенция, бугристость края печени и селезенки, увеличение желчного пузыря, его болезненность, консистенция.

Аускультация: характер перистальтики (усиленная, вялая, звонкая, отсутствует).

Перкуссия: наличие свободного газа в брюшной полости (исчезновение печеночной тупости), зона высокого тимпанита, наличие свободной жидкости, границы и размеры печени по Курлову, размеры и положение селезенки.

## **17. Мочеполовая система.**

Осмотр наружных половых органов: яички, мошонка, половой член, вульва, наружные половые губы (увеличение в размерах, асимметрия, деформация, наличие опухолевых изменений, отека, варикоцеле).

Осмотр области почек: выбухание, гиперемия в поясничной области.

Пальпация: опущение, увеличение, болезненность почек, яичек, наличие пальпируемой опухоли; симптом поколачивания в поясничной области.

**Ректальное и влагалищное исследования.** Данные исследования в обязательном порядке проводятся у пациентов с опухолями предстательной железы, женских половых органов, а также при подозрении на опухоли желудочно-кишечного тракта.

**Влагалищное исследование.** Вульва: норма, атрофия, крауроз, лейкоплакия, опухоль (локализация, размеры).

Влагалище: норма, опущение, сужение, кольпит, опухолевая инфильтрация, опухоль (локализация, размеры).

Бели: отсутствуют, бесцветные, желтые, жидкие, густые, пенистые, сукровичные; обильные, с запахом.

Шейка матки: форма (коническая, цилиндрическая, бочкообразная), разрывы

(поверхностные, глубокие), наличие изъязвлений, рубцов, опухолей; консистенция при пальпации (нормальная, плотная, бугристая).

Слизистая шейки матки: норма, эрозия, лейкоплакия; опухоль формы цветной капусты, кратера, смешанная. Локализация патологии (передняя губа, задняя губа, вся шейка, цервикальный канал; процесс переходит на правый, левый, передний, задний свод, стенку влагалища), размер опухоли; кровоточивость.

Матка: норма, увеличена (до каких размеров); консистенция (плотная, бугристая, дряблая, неравномерная); отклонение (влево, вправо, опущена); подвижность (подвижная, ограниченно подвижная, неподвижная); болезненность, другие изменения; параметров левый и правый (мягкий, укорочен, инфильтрирован около матки, до стенки таза, болезненность).

Придатки матки не пальпируются. Маточные трубы: характеристика (тяжисты, утолщены, болезненны), их форма, размеры. Яичники (правый, левый): размер, консистенция (эластичная, мягкая, плотная), контуры (четкие, нечеткие), поверхность (гладкая, бугристая), подвижность (сохранена, ограничена, отсутствует). Пальпируется только нижний полюс опухоли, диссеминаты по брюшине; исследование затруднено из-за ожирения, наличия асцита, напряжения мышц брюшной стенки.

Кольпоскопия: норма, зона трансформации, полип, атрофия, истинная эрозия, кольпит, простая лейкоплакия, бугристая лейкоплакия, основание бугристой лейкоплакии, изъязвление, экзофитная опухоль.

**Ректальное исследование.** Тонус сфинктера: норма, повышен, понижен, зияет. Опухоль: характеристика (экзофитная, язвенная, инфильтративная), локализация, высота от анального отверстия до нижнего полюса опухоли; консистенция (плотная, бугристая, эластичная); подвижность (значительная, ограниченная, отсутствует); болезненность (незначительная, умеренная, значительная, отсутствует); размеры (занимает  $\frac{1}{4}$ ,  $\frac{1}{3}$ ,  $\frac{1}{2}$ ,  $\frac{2}{3}$  просвета, циркулярная); верхний полюс опухоли (достигается, не достигается); стеноз (полный, частичный, нет); прорастание во влагалище, мочевой пузырь, крестец, матку, простату; наличие ректовагинального свища.

Предстательная железа: размеры, консистенция, бороздка (сглажена, рельефная). Опухоль: локализация, консистенция, болезненность, размеры.

## **МЕСТНОЕ ПРОЯВЛЕНИЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (STATUS LOCALIS)**

Местное проявление заболевания описывается при всех локализациях опухолей. И при наружной, и при внутренней локализациях приводятся данные клинического осмотра, пальпации, аускультации, перкуссии. При внутренних локализациях опухолей нецелесообразно в этом разделе приводить описание эндоскопического, рентгенологического и прочих инструментальных методов диагностики.

Вначале описывается орган, в котором находится опухоль, ее размеры, форма, консистенция, болезненность, отношение к окружающим тканям и коже, имеющиеся симптомы заболевания, а затем дается характеристика зон регионарного метастазирования. Также необходимо отразить изменения со стороны смежных органов, куда врастает опухоль, или тех, которые подвергаются компрессии.

При наличии отдаленных метастазов описываются изменения со стороны органов или систем, которые выявлены при физикальном исследовании.

## **ПРЕДВАРИТЕЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Предварительный диагноз формулируется на основании жалоб, анамнеза, результатов проведенного на амбулаторном этапе обследования, данных объективного исследования. Указывается гистологическая форма опухоли (рак, саркома, меланома, злокачественная лимфома и т. д.), локализация (орган и его отдел), стадия заболевания. Подробное обоснование предварительного диагноза в данном разделе истории болезни не приводится.

## **ПЛАН ДОПОЛНИТЕЛЬНОГО ОБСЛЕДОВАНИЯ**

В намечаемом плане обследования излагаются все уточняющие диагноз и стадию заболевания методы инструментального и лабораторного обследования в порядке последовательности их применения. План обследования должен включать также методы, направленные на оценку функционального состояния жизненно важных органов, нарушение функции которых может повлиять на выбор тактики обследования и лечения больного.

На основании плана обследования до начала лечения должна быть получена полная информация:

- 1) о локализации первичной опухоли (расположение и границы в пределах органа);
- 2) анатомической форме роста опухоли (экзофитная, эндофитная, смешанная);
- 3) морфологической структуре опухоли (гистологическая форма, степень дифференцировки, при необходимости иммуногистохимическая характеристика);
- 4) стадии заболевания (размеры и глубина инвазии первичной опухоли, отношение ее к окружающим тканям и органам, состояние регионарных лимфатических узлов, поражение метастазами отдаленных лимфатических узлов и органов);
- 5) наличии осложнений опухолевого процесса (распад, кровотечение, стенозирование, компрессия близлежащих органов, патологические переломы и др.);
- 6) функциональном состоянии жизненно важных органов.

**Лабораторные методы диагностики** включают: общий анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, анализ кала на скрытую кровь, исследование опухолевых маркеров, гормонального, иммунологического статуса.

**Методы визуализации опухолей:** рентгенологические исследования, компьютерная, магнитно-резонансная томография, ультразвуковая диагностика, радионуклидная визуализация опухолей (сцинтиграфия, позитронная эмиссионная томография), эндоскопические методы диагностики.

**Рентгенологические методы** (рентгеноскопия, рентгенография, рентгенотомография — выполняются без контрастирования и с использованием контрастных веществ): рентгеноскопия и рентгенография легких, желудка, пищевода, ирригоскопия, маммография, экскреторная урография, восходящая пиелоуретерография, холангиография и др.

**Ультразвуковая диагностика:** исследование печени, желчного пузыря, поджелудочной железы, почек, надпочечников, периферических, внутрибрюшных и забрюшинных лимфатических узлов, щитовидной, слюнных и молочных желез, матки и ее придатков, яичек, мягких тканей и т. д. При необходимости под контролем УЗИ выполняется пункционная аспирационная биопсия либо трепанбиопсия опухоли.

**Эндоскопические методы исследования:** эзофагогастродуоденоскопия,

ректороманоскопия, сигмоскопия, фиброколоноскопия, фибробронхоскопия, цистоскопия, медиастиноскопия, торакоскопия, лапароскопия и др.

**Цитологическая диагностика:** исследования мазков-отпечатков с патологических участков, пунктатов опухоли, секретов и экскретов.

**Морфологическая диагностика** (гистологическая, иммуногистохимическая): результаты инцизионной, эксцизионной биопсии, трепанбиопсии, материала после радикальных или диагностических хирургических вмешательств.

**Радионуклидные методы исследования:** скintiграфия костей (остеоскintiграфия), щитовидной железы, лимфатических узлов, изотопная ренография, ПЭТ.

План обследования необходимо составлять рационально, чтобы предыдущие методы исследования не затрудняли выполнение последующих.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ ЛАБОРАТОРНЫХ И ИНСТРУМЕНТАЛЬНЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЙ**

В этот раздел вносятся данные проведенных лабораторных и инструментальных методов исследований с указанием даты. Вначале записываются результаты лабораторной диагностики с указанием отклонений от нормы. Затем приводятся все виды инструментальных методов диагностики, дается подробное описание патологических очагов, указывающих на опухолевый характер заболевания, и заключение специалиста, проводившего исследование. Приводятся результаты цитологического и морфологического исследований, позволяющих подтвердить опухолевую природу заболевания. При необходимости указываются консультативные заключения смежных специалистов, подтверждающие диагноз основного заболевания или сопутствующей патологии. Необходимо привести исследования, с помощью которых подтверждается наличие или отсутствие регионарных и отдаленных метастазов. Указываются результаты исследований, позволяющих оценить функциональное состояние органов и систем, нарушение функции которых может повлиять на выбор тактики лечения.

## КЛИНИЧЕСКИЙ ДИАГНОЗ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

Для обоснования диагноза необходимо последовательно проанализировать жалобы, данные анамнеза, факторы риска и предопухолевые заболевания, данные объективного исследования и результаты лабораторных и инструментальных методов диагностики. Не следует подробно переписывать все анализы, приводить дословное описание процедуры инструментальной диагностики так же, как не стоит ограничиваться только заключением специалистов, проводивших исследование. Надо указать на отклонения от нормы по результатам анализов, привести описание патологического очага с признаками, подтверждающими опухолевый характер изменений. Этот раздел не должен состоять из простого перечисления симптомов, характерных для данного заболевания, здесь необходимо отразить ход клинического размышления о пациенте. Если какой-либо из обнаруженных симптомов не характерен для классической клинической картины данного заболевания, не следует умалчивать о нем, наоборот, нужно попытаться объяснить его происхождение.

Диагноз онкологического больного включает: морфологический вариант опухоли (рак, меланома, неходжкинская лимфома, саркома и т. д.), локализацию (орган и отдел органа, например: рак антрального отдела желудка, рак слепой кишки, рак правой доли щитовидной железы, меланома кожи правой голени и т. д.), анатомический тип роста опухоли (язвенная, узловая, экзофитная форма и т. д.), клиническую форму (токсико-анемическая, стенозирующая, маститоподобная и др.), стадию по системе TNM и отечественной классификации, осложнения заболевания (вторичная анемия, субкомпенсированный стеноз и т. д.), клиническую группу. Обязательно обосновать стадию, каждый из символов TNM. Клиническая группа (группа диспансерного наблюдения) у больных со злокачественными опухолями может быть II (больной, подлежащий специальному противоопухолевому лечению), IIa (больной, подлежащий радикальному лечению), III (больной после радикального лечения), IV (больной, подлежащий симптоматической терапии). В заключение указываются сопутствующие заболевания (без специального обоснования).

## ЛЕЧЕНИЕ И ЕГО ОБОСНОВАНИЕ

В этом разделе следует осветить современные принципы комбинированного лечения данного заболевания и лечение, проведенное пациенту в клинике.

Последовательно указывается и обосновывается каждый вид лечения, проведенный больному в клинике (объем операции, целесообразность постоперационной лучевой и медикаментозной терапии, необходимость применения конкретных гормональных препаратов и т. д.). Затем приводятся рекомендации по дальнейшему специальному лечению (супрессивная гормонотерапия, курсы полихимиотерапии, послеоперационная лучевая терапия и т. д.).

Как правило, основным компонентом комбинированного лечения является хирургический метод. Описывая его, следует указать дату операции, ее вид (диагностическая, радикальная, паллиативная), полное название, в том числе по автору. При невозможности выполнения оперативного вмешательства указываются причины (распространение опухолевого процесса, отказ больного, наличие противопоказаний). Если за время курации получен результат окончательного гистологического исследования удаленной опухоли и регионарных лимфатических узлов, необходимо его привести.

При планировании лучевой терапии указывается ее вид (гамма-терапия, внутрисполостная, внутритканевая, близкофокусная рентгенотерапия, лечение жидкими изотопами и др.), разовая и суммарная дозы, поля облучения.

При химиотерапии указать наиболее часто используемые препараты и схемы полихимиотерапии при данной нозологической форме заболевания и привести схемы для курируемого пациента, количество планируемых курсов, интервалы между ними.

При необходимости гормонотерапии указывается ее метод (хирургический, медикаментозный), группа препаратов, их название.

В заключение приводится прогноз заболевания, периодичность контрольных обследований у онколога.