

Тесты

Вариант I
#
1
Симптомы, характерные для опухолей лобной доли:
гемипарез
моторная афазия
джексоновские двигательные припадки
нарушения чувствительности
#
2
Симптомы, характерные для опухолей височной доли:
слуховые, обонятельные галлюцинации
моторная афазия
гомонимная гемианопсия /или квадрантная/.
сенсорная афазия
Правильного ответа нет
#
3
Симптомы, характерные для аденомы гипофиза:
акромегалия
бitemпоральная гемианопсия
гемипарезы
нарушения слуха
Нет правильного ответа
#
4
Симптомы, характерные для опухолей мозжечка:
мышечная гипотония в конечностях на стороне поражения
горизонтальный нистагм
нарушение обоняния
застойные диски зрительных нервов
#
5
Симптомы, характерные для невриномы 8 пары:
шум в ухе
снижение слуха
гемипарез
гемигипестезия
#
6
Врачебных мероприятий при гипертензивном синдроме:
внутривенная дегидратационная терапия
постельный режим

наблюдение за пульсом, давлением, дыханием
нейрохирургическое обследование больного
ликворшунтирующие операции
#
7
Возникновения симптомов при супратенториальных опухолях:
общемозговые симптомы
очаговые симптомы
вторичная атрофия зрительных нервов
Правильного ответа нет
#
8
. Возникновения симптомов при опухолях мосто-мозжечкового угла /невринома 8 пары/:
парез мимической мускулатуры
снижение слуха
шум в ухе
нарушение чувствительности на лице и развитие сходящегося косоглазия
появление мозжечковых симптомов
#
9
Лечебных мероприятий у больного со злокачественной опухолью мозга:
частичное удаление опухоли
ликвидация внутричерепной гипертензии
химиотерапия и лучевая терапия
гистологическое исследование опухоли
#
10
Симптомы, характерные для экстремедуллярных опухолей :
нарушение болевой чувствительности
корешковые боли
наличие блока субарахноидального пространства
нарушение слуха
#
11
Симптомы, характерные для экстремедуллярной опухоли :
синдром Броун-Секара
полное поперечное поражение спинного мозга
корешковые боли
белково-клеточная диссоциация в ликворе
Правильного ответа нет
#
11
К интрамедуллярным опухолям относятся:
менингиома
невринома
эпендимома
глиома
Правильного ответа нет
#
12
Симптомы, характерные для начальной стадии интрамедуллярной опухоли на уровне C5-C8:
нарушение поверхностной чувствительности вначале в проксимальных отделах
вялые парезы, параличи
спастические парезы, параличи
трофические нарушения
тазовые нарушения

#
13
. Симптомы, характерные для опухоли верхнегрудного отдела спинного мозга: /экстрамедуллярной/:
боль при поколачивании над остистыми отростками позвонков
тетрапарез
нижний парапарез
нарушение функций тазовых органов
Правильного ответа нет
#
14
Заболевание: Симптомы:
1. опухоль верхнешейного отдела А. боль при движении головы спинного мозга Б. боль, иррадирующая по верхним конечностям
2. опухоль нижнешейного отдела В. вялый парез верхних конечностей и центральный нижних
Г. спастический тетрапарез
#
15
Заболевание: Симптомы:
1. экстрамедуллярная опухоль А. корешковые боли грудного отдела Б. нарушение тазовых функций
2. опухоль конского хвоста В. нижний спастический парапарез
Г. гипестезия в области промежности и нижних конечностей
Д. нижний вялый парапарез
#
16
Заболевание: Симптомы:
1. экстрамедуллярная опухоль А. корешковые боли Б. прогрессирующее течение
2. радикулопатия вертеброген- В. обратимость симптомов при консервативном генеза лечения
Г. белково-клеточная диссоциация в ликворе
Д. распространение чувствительных нарушений
#
17
В каком возрасте наиболее часто встречаются опухоли головного мозга?
До года.
.От 2 до 10 лет.
Старше 10 лет
#
18
Преимущественная локализация опухолей мозга у детей - это:
поражение мозжечка.
поражение других структур, расположенных в задней черепной ямке, включая ствол 3.мозга и IV желудочек.
надседловидная область.
желудочки мозга, кроме IV
полушария большого мозга.
#
19
Первично-множественный РОК (синхронный и метастатический) встречается
Очень часто (более 15%)
Нередко (4-10%)
Очень редко (менее 1%)
Никогда не встречается
Чаще 25 %
#
20

К опухолям надседловидной области относятся:
краниофарингеома.
глиомы зрительного пути.
опухоли гипоталамуса.
все ответы правильны.
#
21
По гистологическому строению, согласно современной классификации, принятой ВОЗ, выделяют:
глиальные опухоли.
нейрональные опухоли.
примитивные нейроэктодермальные опухоли.
опухоли эпифиза.
все ответы правильны
#
22
Укажите признаки, характеризующие перерождение доброкачественной опухоли мозга в злокачественную:
инфильтративный рост.
метастазирование.
нейротоксическое действие.
геморрагический синдром
все ответы правильны.
правильны ответы 1 и 2.
#
23
Наиболее часто встречающаяся форма злокачественных опухолей головного мозга у детей - это:
астроцитомы.
медуллобластома.
эпендимомы.
краниофарингиома
#
24
Главной особенностью опухолей мозга у детей является:
длительный бессимптомный или малосимптомный период.
раннее развитие очаговой неврологической симптоматики.
частое и раннее нарушение психики.
#
25
Медуллобластома является высокочувствительной опухолью к:
лучевой терапии.
Химиотерапии.
правильны ответы 1 и 2.
правильного ответа нет.
Вариант II

1
Опухоль менее 3 см в диаметре, расположенная в крыше IV желудочка, черве или полушарии мозжечка, относится к:
T1
T2
T3a
T3b
T4
#
2
Под субтотальным удалением опухоли головного мозга понимают:
удалено более 90 % опухоли, но имеются ее остатки.
удалено 51-90 % опухоли.
удалено 11-50 % опухоли.
#
3
Преимущественным методом лечения астроцитомы является:
хирургический метод.
операция + химиотерапия.
операция + лучевая терапия.
операция + химиотерапия = лучевая терапия.
химиотерапия в сочетании или без лучевого лечения.
#
4
Ведущий симптом при раке носоглотки:
наличие опухоли.
расстройство носового дыхания.
боль.
#
5
В клинических проявлениях ретинобластомы различают, следующие виды макроскопического роста опухоли:
эндофитный.
экзофитный.
инфильтративный.
все ответы правильны.
#
6
При распространении ретинобластомы в ЦНС отмечаются:
косоглазие.
тошнота, рвота.
изменение в цереброспинальной жидкости.
правильны ответы 2 и 3.
все ответы правильны.
#
7
Для какой стадии ретинобластомы характерен "симптом кошачьего глаза"?
I.
II.
III.
VI.

#
8
Для II стадии ретинобластомы характерны:
воспалительные изменения.
псевдовосполительные изменения.
широкий зрачок, прилегание опухоли к хрусталику.
глаукома.
все перечисленное
#
9
Наиболее часто ретинобластома метастазирует в:
регионарные лимфатические узлы
кости.
костный мозг.
все перечисленное
#
10
Ретинобластома чаще всего метастазирует гематогенным путем в:
кости черепа.
легкие.
печень.
все ответы правильны.
правильны ответы 1 и 3.
#
11
При каких стадиях ретинобластомы возможно выполнение органосохраняющего лечения?
I.
II.
III.
VI.
Правильны ответы 1 и 2.
#
12
При III стадии ретинобластомы больному проводится лечение:
хирургическое.
комбинированное.
комплексное.
#
13
) В каком возрасте наиболее часто встречаются опухоли головного мозга?

До года.
От 2 до 10 лет.
Старше 10 лет.
#
14
К опухолям надседловидной области относятся
краниофарингеома.
глиомы зрительного пути.
опухоли гипоталамуса.
все ответы правильны
#
15
По гистологическому строению, согласно современной классификации, принятой ВОЗ, выделяют:
глиальные опухоли.
нейрональные опухоли.
примитивные нейроэктодермальные опухоли.
опухоли эпифиза.
все ответы правильны.
#
16
Укажите признаки, характеризующие перерождение доброкачественной опухоли мозга в злокачественную:
инфильтративный рост.
метастазирование.
нейротоксическое действие.
геморрагический синдром.
правильны ответы 1 и 2.
все ответы правильны.
#
17
Наиболее часто встречающаяся форма злокачественных опухолей головного мозга у детей - это:
астроцитомы.
медуллобластома.
эпендимомы.
краниофарингиома.
#
18
Главной особенностью опухолей мозга у детей является:
длительный бессимптомный или малосимптомный период.
раннее развитие очаговой неврологической симптоматики.
частое и раннее нарушение психики.
#
19

Медуллобластома является высокочувствительной опухолью к:
лучевой терапии.
химиотерапии.
правильны ответы 1 и 2.
правильного ответа нет.
#
20
Опухоль менее 3 см в диаметре, расположенная в крыше IV желудочка, черве или полушарии мозжечка, относится к:
T1
T2
T3a
T3b
T4
#
21
Под субтотальным удалением опухоли головного мозга понимают:
удалено более 90 % опухоли, но имеются ее остатки.
удалено 51-90 % опухоли.
удалено 11-50 % опухоли.
#
22
Сочетанная лучевая терапия означает:
применение двух способов облучения или двух видов излучения.
расщепление курса лучевой терапии.
облучение в сочетании с химиотерапией.
облучение с радиомодификаторами.
правильного ответа нет.
#
23
Преимущественная локализация нейрогенных опухолей в средостении:
заднее средостение.
переднее средостение.
корень легкого.
реберно-диафрагмальный синус.
вил очковая железа.
#
24
Симптомы, характерные для опухолей мозжечка:
мышечная гипотония в конечностях на стороне поражения
горизонтальный нистагм
нарушение обоняния
застойные диски зрительных нервов
#
25
Симптомы, характерные для опухолей височной доли:

слуховые, обонятельные галлюцинации
моторная афазия
сенсорная афазия
гомимная гемианопсия /или квадрантная/.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1.

Задача 87. Больная 35 лет обратилась к невропатологу с жалобами на приступы судорог в правых конечностях, начинающихся с мышц голени и распространяющихся затем на мышцы бедра, спины, правую верхнюю конечность, мышцы лица. Приступ длится 3-4 минуты. После приступа возникает слабость в правой ноге, которая длится около 2-3 часов. Беспокоит головная боль, локализуемая в лобно-теменной области больше слева. Указанные жалобы беспокоят около 1,5 лет. При осмотре: Состояние удовлетворительное, дыхание не страдает, ЧСС=80 в минуту, АД=120/70 мм Hg, кожные покровы лица бледные. Сознание ясное. Зрачки симметричные. Движения глазами в полном объеме. Мышечная сила снижена в правой нижней конечности до 4 баллов. Рефлексы с рук симметричные. Рефлексы с ног: высокие с правой ноги. Симптом Бабинского положительный справа. Гипестезия в области правой нижней конечности. Перкуссия черепа болезненная в левой теменной области.

Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Задача №2.

Больной 53 лет доставлен в приемное отделение больницы родственниками с жалобами на интенсивную головную боль, преимущественно в затылочной области и шее, поперхивание при глотании пищи, на высоте головной боли возникает внезапная рвота. Головная боль появилась около 30 дней назад. За медицинской помощью не обращался. За прошедшее время усилилась головная боль, появилась рвота. Около 7 дней назад появились нарушения глотания. Около 1 года тому назад была примесь крови в моче. При осмотре: Состояние тяжелое, дыхание не страдает, ЧСС=48 в минуту, АД=150/70 мм Hg, кожные покровы лица бледные. В неврологическом статусе: больной вял, ориентировка сохранена, инструкции выполняет после паузы. Голос с носовым оттенком. Мягкое небо свисает. Дисфагия при глотании. Имеется бедность движений и мимики. Определяется горизонтальный нистагм. Рефлексы и мышечный тонус снижены в левых конечностях, интенционный тремор и адиадохокинез в левых конечностях. Положительные менингеальные симптомы. Симптом Бабинского положительный с двух сторон. При осмотре уролога обнаружена опухоль простаты. При исследовании глазного дна выявлен застойный диск зрительных нервов.

Сформулируйте и обоснуйте диагноз.

Задача №3.

Больной 27 лет. Полтора года тому назад появились общие эпилептические припадки, сначала редкие, а теперь по 3—4 раза в месяц. Некоторым припадкам предшествовал обман обоняния — «запах горелого». Жаловался на головную боль. В последнее время стал хуже видеть, появилось двоение перед глазами, а также слабость левой руки и ноги.

Находится в ясном сознании. Нарушений речи после судорожного припадка нет. Со стороны внутренних органов патологии не установлено. Артериальное давление 110/60. Пульс 58. Обоняние сохранено. Острота зрения правого глаза 0,3, левого 0,4. Резко выраженные застойные соски зрительных нервов с многочисленными кровоизлияниями по краю сосков. Поле зрения обоих глаз не ограничено. Цветовосприятие не нарушено. Птоз верхнего века правого глаза. Зрачки круглые, правый шире левого. Реакция их на свет и конвергенцию вялая. Наружное косоглазие правого глаза, ограничение движений его вверх и вниз. Движения левого глаза не ограничены. Нистагма нет. Чувствительность кожи лица не расстроена. Ослаблен правый корнеальный рефлекс. Левый угол рта опущен, сглажена левая носогубная складка. Пробы Вебера и Швабаха нормальные. Глотание не нарушено. Голос звучный. Язык при высовывании отклоняется влево от средней линии. Атрофии языка нет. Неловкость левой руки. Мышечная сила в ней снижена во всех сегментах. Объем движений, тонус и сила правой руки и ног нормальны. Мозжечковые пробы выполняет точно. При ходьбе и при исследовании симптома Ромберга слегка пошатывается влево. Расстройств чувствительности не обнаружено. Сухожильные и периостальные рефлексы — выше слева. Клонус левой стопы. Брюшные и подошвенные рефлексы слева ослаблены, справа живые. Симптом Бабинского и Оппенгейма слева. В момент осмотра состояние больного резко ухудшилось: кричит от резчайшей головной боли в затылке, лицо побледнело, голова запрокинута назад, многократная рвота. Пульс 48. Спинномозговая пункция не производилась.

Краниография: усиление сосудистых борозд свода черепа. Турецкое седло: спинка не дифференцируется, передние клиновидные отростки истончены, дно разрушено.

Компьютерная томография головного мозга: смещение желудочковой системы справа налево, центральный отдел левого бокового желудочка поджат книзу и кнаружи, в левой височной доле объемное образование. На ангиограмме смещение вверх правой средней мозговой артерии и медиально сифона правой сонной артерии. На ЭЭГ изменение биопотенциалов правого полушария в виде локального очага медленных волн.

Установите и обоснуйте клинический диагноз.

Задача №4.

Больная 36 лет. Недавно появилась, преимущественно по утрам, головная боль во лбу справа, первоначально в форме приступов, а в дальнейшем — почти постоянно. Тошноты и рвоты не было. Появились приступы, начинавшиеся с поворота головы и глаз влево, после чего возникали клонические судороги левой руки и ноги. Сознание не теряла. Припадок продолжался 2—3 мин. Теперь стала хуже видеть, «перед глазами появляется туман», ослабела левая рука и нога. Перед поступлением в клинику стало трудно ходить. Сделалась апатичной, перестала интересоваться работой, семьей, не встревожена своей болезнью. На вопросы отвечает правильно. Все инструкции выполняет.

Обоняние не нарушено. Острота зрения правого глаза 0,7, левого — 0,8. Резко выраженные застойные соски зрительных нервов. Поле зрения обоих глаз на белый и красный цвет нормальное. Зрачки широкие, реакция на свет и конвергенцию вялая. Движения глаз не ограничены, но имеется неустойчивость взора влево. Корнеальные рефлексы живые. Чувствительность кожи лица не нарушена. Отчетливая сглаженность левой носогубной складки, опущен левый угол рта. Слух нормальный. Фокация и глотание не нарушены. Язык высоко-вывадет по средней линии. Левосторонний гемипарез. Все виды чувствительности сохранены. Сухожильные и периостальные рефлексы слева выше, чем справа. Брюшные и подошвенные рефлексы понижены слева. Симптомы Бабинского и Россоломо слева. Симптом противодержания в левой руке. Хватательный рефлекс левой кисти. Дрожание левой кисти. Ладонно-подбородочный рефлекс получается с левой руки. Симптом Кернига с обеих сторон.

Со стороны внутренних органов патологии не выявлено. АД—120/70. Пульс 60. Спинномозговая жидкость прозрачная, давление 280 мм. Белок — 0,8 гр\л. Белковые реакции положительные, цитоз—5. Реакция Вассермана с кровью и ликвором отрицательная.

Рентгенография черепа — усиленный сосудистый рисунок, преимущественно в лобных отделах. Турецкое седло углублено, спинка его значительно истончена. Ангиография: дислокация вниз в артериальной фазе в лобно-полюсной ветви передней мозговой артерии и передних ветвей средней мозговой артерии.

Установите и обоснуйте клинический диагноз.

Задача №5.

Больной У. 55 лет, доставлен в приемное отделение машиной «скорой помощи». Со слов сопровождающей больного жены установлено: 7 месяцев назад впервые пожаловался на головную боль, 5 -месяцев назад окружающие заметили изменение походки (стал шаркать ногами). В это время лечился амбулаторно по поводу церебрального атеросклероза. Однако состояние ухудшалось, и месяц назад у больного впервые появилась рвота. В последующем рвота на высоте головной боли повторялась неоднократно. Присоединилась слабость в правых конечностях. Вчера состояние резко ухудшилось, стонал от головной боли, а сегодня утром потерял сознание.

При осмотре: больной в сопорозном состоянии. В контакт не вступает, на уколы реагирует гримасой. Пульс ритмичный, 68 ударов в мин., тоны сердца приглушены, АД—140/80. Дыхание с элементами периодизации — 22 в мин. Живот мягкий, печень не увеличена. Зрачки округлые, левый шире правого. Парусит правая щека. Выражен хоботковый рефлекс. Правые конечности на уколы не отдергивает, поднятая рука падает как плеть, стопа повернута кнаружи. Тонус правых конечностей снижен. Сухожильные рефлексы на руках высокие, справа отмечается преобладание. Коленные рефлексы угнетены. С обеих сторон вызван патологический рефлекс Бабинского. Ригидность мышц затылка — 2 поперечных пальца. Глазное дно: диски зрительных нервов увеличены в размерах, проминируют в стекловидное тело, границы их смыты, вены расширены, по ходу сосудов — кровоизлияния.

ЭХО-ЭГ: смещение М-эха слева направо на 6 мм, многочисленные дополнительные зубцы. Обзорная рентгенограмма черепа и грудной клетки: без патологических

изменений. ЭКГ: ритм синусовый, 68 сердечных сокращений в мин., нарушение восстановительных процессов в миокарде. Анализ крови: гемоглобин— 120 гр\л, лейкоцитов — 8000*10⁹, СОЭ — 42 мм/ч, Компьютерная томография подтвердила диагноз.

Установите и обоснуйте клинический диагноз.

Задача №6.

Больной Ч. 9 лет, доставлен в приемное отделение машиной «скорой помощи» с жалобами на повторную рвоту. Ребенка сопровождает мать. С ее слов установлено: мальчик около двух месяцев жалуется на головную боль. Стал плохо учиться в школе, избегает шумных игр. Изменилась походка, временами бывает сонлив. Неделю назад впервые появилась рвота, которую вначале расценили как результат пищевого отравления.

При осмотре: сознание ясное, но вял, апатичен. Телосложение правильное, окружность головы 59 см. Голову держит с наклоном вперед, вытянув шею. Пульс ритмичный, 64 удара в мин. Тоны сердца чистые, АД— 110/70. Дыхание ритмичное, 18 в мин. Зрачки равномерные. Горизонтальный нистагм и недоведение глазных яблок в стороны. Не вызываются корнеальные рефлексы. Снижены глоточные рефлексы. Походка с широким основанием. Пробы на координацию руками и ногами выполняет неточно с обеих сторон, шатается сидя, вынужден держаться руками за окружающие предметы или кушетку. Мышечная гипотония. Сухожильные рефлексы высокие, равномерные. Патологических рефлексов нет. При попытке проверить симптом ригидности мышц затылка и изменить положение головы возникла фонтанная рвота, пульс замедлился до 60 ударов в мин.

Глазное дно: диски зрительных нервов бледно-розовые, границы их слегка ступеваны, вены широкие. ЭХО-ЭГ: смещения М-эха нет, большое число дополнительных зубцов. Анализ крови: гемоглобин — 120 гр\л, лейкоцитов — 5000*10⁹, СОЭ— 20 мм/ч. Обзорная рентгенограмма черепа: расхождение швов, истончение костей свода черепа, усилен рисунок пальцевых вдавлений.

Установите и обоснуйте клинический диагноз.

Задача №7

Больная 43 лет, высшее образование. Недавно родственники заметили, что, выйдя из комнаты в коридор, больная не знает, как возвратиться обратно; разучилась надевать платье, обувь, пользоваться чашкой, ложкой. Больную приходится кормить. Появилась головная боль. Обоняние сохранено. Острота зрения правого глаза 0,9, левого — 0,8. Границы сосков зрительных нервов ступеваны, артерии узкие, вены расширены. Зрачки равные, реакция зрачков на свет и конвергенцию отчетливая. Движения глаз не ограничены. Птоза нет. Опущен правый угол рта. Функция остальных черепно-мозговых нервов не нарушена. Парезов нет, по больная не может произвести предлагаемых действия, не может нарисовать плана своей комнаты, не может назвать показанный ей палец собственной руки. Гемигипалгезия справа. Утрата чувства локализации на правой

половине тела. Сухожильные и периостальные рефлексy чуть выше справа. Брюшные рефлексy равны. Патологических рефлексов нет. Спинномозговая жидкость прозрачная. Давление 320 мм. Белок — 0,38 гр\л, цитоз — 5. Положительная реакция Панди. Реакция Вассермана в спинномозговой жидкости отрицательная.

На рентгенограмме черепа определяются усиленные пальцевые вдавления в костях свода черепа. Размеры турецкого седла увеличены, спинка его выпрямлена и несколько отклонена кзади. Компьютерная томография головного мозга: смещение желудочковой системы вправо, в левой теменной доле объемное образование. На ангиограмме в прямой проекции определяется смещение дистальных отрезков ветвей средней мозговой артерии книзу, ангиографическая Сильвиева точка также смещена книзу.

Установите и обоснуйте клинический диагноз.

Задача №8.

Больной 28 лет. Четыре года тому назад стали изменяться черты лица, увеличиваться кисти, стопы. Появилась головная боль, снизилось зрение, особенно левого глаза. Увеличены нос, губы, уши, язык. Нижняя челюсть выступает вперед. Между зубами видны щели. Обоняние не нарушено. Острота зрения правого глаза — 1,0, левого — 2,0. Глазное дно справа нормальное, слева — сосок зрительного нерва бледный, границы его четкие, артерии сужены, вены не изменены. Битемпоральная гемианопсия, особенно на красный цвет. Зрачки круглой формы, равны. Прямая реакция на свет правого глаза отчетливая, левого — вялая: содружественная справа налево сохранена, слева направо — очень вялая. Реакция зрачков на конвергенцию сохранена. Движения глаз не ограничены. Нистагма нет.

Функция остальных черепно-мозговых нервов не нарушена. Голос грубый, речь несколько смазана. Парезов нет. Все виды чувствительности сохранены. Расстройств координации движений нет. Все сухожильные и периостальные рефлексy равномерно оживлены. Патологических рефлексов нет. Артериальное давление 120/70 мм рт ст. Сахар крови 4,7 ммоль/л. В моче сахара нет. Сахарная кривая: после сахарной нагрузки и через 30 мин. — 7,5 ммоль/л, через час — 8,1 ммоль/л, через 1,5 часа — 6,7 ммоль/л и через 2 часа — 4,5 ммоль/л.

Рентгенография черепа: резко выраженное диффузное утолщение костей свода черепа; турецкое седло значительно увеличено в размерах и деформировано, дно его углублено в заднем отделе, передние клиновидные отростки едва намечены, задние подрыты, спинка выпрямлена и истончена. Вход в турецкое седло сужен. На ангиограмме в прямой проекции видно латеральное смещение передней мозговой артерии и супраклиноидальной части сонной артерии.

Установите и обоснуйте клинический диагноз.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Темы докладов с презентацией для самостоятельной подготовки

1. Этиология, эпидемиологические особенности и факторы риска злокачественных опухолей головного мозга.
2. Этиология, эпидемиологические особенности и факторы риска злокачественных опухолей коры головного мозга.
3. Этиология, эпидемиологические особенности и факторы риска злокачественных опухолей мостомозжечкового угла головного мозга.
4. Этиология, эпидемиологические особенности и профилактика злокачественных опухолей гипофиза.
5. Эпидемиологические особенности и профилактика предопухолевых заболеваний центральной нервной системы в мире.
6. Этиология, эпидемиологические особенности и факторы риска злокачественных опухолей мозжечка.
7. Современные методы ранней диагностики злокачественных опухолей головного мозга у детей.
8. Диспансеризация пациентов с предопухолевыми заболеваниями центральной нервной системы.
9. Комбинированное лечение злокачественных опухолей головного мозга у детей.
10. Современные методы лучевой терапии злокачественных опухолей головного мозга.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4

Темы рефератов для самостоятельной подготовки

1. Современные принципы лечения злокачественных опухолей головного мозга.
2. Гистологическая классификация опухолей головного мозга.
3. Доброкачественные опухоли головного мозга. Принципы диагностики.
4. Доброкачественные опухоли головного мозга. Принципы лечения.
5. Симптоматическая терапия при злокачественных опухолях головного мозга.
6. Комбинированное лечение злокачественных опухолей мозжечка.
7. Неврологическая симптоматика при опухолях головного мозга.
8. Малоинвазивные методы исследования в диагностике опухолей головного мозга.
9. Современные принципы и методы хирургического лечения злокачественных опухолей головного мозга у детей.
10. Методы лучевой терапии в нейроонкологии. Симптоматическое лечение осложнений лучевой терапии.

**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, мочевого пузыря, 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.