

Детская онкология

Ситуационные задачи

Купить: medkeys.ru/product/onkolog-det/



Условие ситуационной задачи

Ситуация

На консультацию к радиотерапевту обратились родители ребенка 4-х лет 2-х месяцев с диагнозом «Альвеолярная рабдомиосаркома» для решения вопроса о необходимости проведения курса лучевой терапии.

Жалобы

На тошноту, снижение аппетита, вялость.

Анамнез заболевания

Ребенок 4-х лет 2-х месяцев, заболел около 7 месяцев назад (в возрасте 3-х лет 7-ми месяцев), когда стали отмечаться эпизоды задержки стула. Через месяц после появления первых симптомов мама самостоятельно заметила пальпируемое образование брюшной полости. После консультации хирурга проведено ультразвуковое исследование, выявлено образование брюшной полости. Пациент был госпитализирован в специализированную клинику для проведения дообследования и лечения.

На основании представленной выписки пациенту проведено:

- * Компьютерная томография органов грудной клетки, органов брюшной полости и малого таза - многоузловое образование малого таза и левой подвздошной области (78x80x93мм), компримирует левую подвздошную вену, левый мочеточник, прилежит к мочевому пузырю, гидронефротическая трансформация левой почки, данных за поражение легких нет.
- * Магнитно-резонансная томография малого таза с внутривенным контрастированием - многоузловое образование малого таза и левой подвздошной области размерами (82x80x95мм).
- * Проведена операция - лапаротомия, удаление опухоли малого таза; интраоперационное диапедезное кровотечение из опухоли на протяжении всей операции, биопсия участка сальника и 2 мезентериальных л/у. Маркировки краев резекции не проводилось.
- * Гистологическое исследование – альвеолярная рабдомиосаркома; сальник и л/у интактны, в краях резекции обнаружены опухолевые клетки.
- * Иммуногистохимическое исследование - клетки опухоли позитивны к антителам Myf4, Desmin, MSA, отрицательные реакции с антителами MyoD1, SMA, PCK AE1/AE3, CD99, CD34.
- * Цитогенетическое исследование – перестройки гена FOXO-1 не обнаружено.
- * Повторная компьютерная томография - признаки образования в послеоперационной области, накапливающего контрастное вещество по периферии, накопление по ходу брюшины (послеоперационные изменения, продолженный рост?).

Анамнез жизни

Ребенок от 3-й беременности (1-я беременность - девочка, здорова, 2-я беременность - м/а), протекавшей без особенностей. Роды в срок, самостоятельные, закричал сразу. Вес при рождении 4220 г, рост 59 см. БЦЖ проведена в роддоме. Последняя реакция Манту - отрицательно. Вакцинирован по национальному календарю. Перенесенные заболевания – острые респираторные вирусные инфекции 6-8 раз в год. Наследственность по онкопатологии не отягощена.

Объективный статус

Состояние тяжелое по основному заболеванию, стабильное. Не лихорадит. Самочувствие выражено не страдает.

Сознание ясное. Кожные покровы физиологической окраски, умеренно влажные, чистые от аллергической и инфекционной сыпи. Геморрагического синдрома нет.

Слизистые оболочки чистые, розовые, влажные. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Стул с тенденцией к задержке.

Для стадирования заболевания пациенту необходимо провести дополнительное инструментальное обследование в объеме

Результаты инструментального метода обследования

Для корректного стадирования заболевания пациенту необходимо провести дополнительное лабораторное обследование в объеме

Результаты лабораторного метода обследования

Стадия болезни по критериям TNM, стадия по IRS и группа риска пациента на основании данных обследования соответствует

Диагноз

У пациента после трех курсов химиотерапии констатирован(а)

- частичный ответ, необходимости в проведении хирургического лечения или переводе пациента на вторую линию химиотерапии нет
- полный ответ, необходимости в проведении хирургического лечения или переводе пациента на вторую линию химиотерапии нет

- стабилизация, есть необходимость в решении вопроса о проведении хирургического лечения или переводе пациента на вторую линию химиотерапии
- частичный ответ, есть необходимость в решении вопроса о проведении хирургического лечения или переводе пациента на вторую линию химиотерапии

Показания к проведению лучевой терапии у данного пациента

- присутствуют, так как всем пациентам с альвеолярной рабдомиосаркомой необходимо проведение лучевой терапии
- отсутствуют, поскольку при указанном гистологическом варианте опухоли проведение лучевой терапии не требуется
- отсутствуют, поскольку по данным инициального обследования у данного пациента не было выявлено поражения лимфоузлов
- присутствуют, поскольку лучевая терапия требуется абсолютно всем пациентам с рабдомиосаркомой, как с альвеолярным, так и с эмбриональным вариантом

Сроки проведения лучевой терапии в рамках локального контроля для данного пациента соответствуют

- 20-22 неделе полихимиотерапии (после 6-7 курсов полихимиотерапии)
- 9-12 неделе полихимиотерапии (после 3-4 курса)
- 6-8 неделе полихимиотерапии (после 1-2 курсов полихимиотерапии)
- периоду после завершения проведения всех курсов полихимиотерапии

При планировании облучения отступ на субклиническое распространение болезни вокруг пораженного участка должен составлять

- 3 см во всех направлениях без коррекции на анатомические барьеры распространения опухоли
- 0,5-0,7 см с коррекцией на анатомические барьеры распространения опухоли
- 0,5 см во всех направлениях без коррекции на анатомические барьеры распространения опухоли
- 1-2 см с коррекцией на анатомические барьеры распространения опухоли

При обычном режиме фракционирования суммарная доза облучения должна составлять + _____ + Гр

- 30,6
- 50,4
- 36,0

- более 60

Во время проведения лучевой терапии во избежание выраженной токсичности предусмотрена следующая модификация режимов химиотерапии

- исключение использования винкристина; в случае вовлечения в поле облучения сердца – откладывание химиотерапии
- исключение использования ифосфамида
- исключение использования актиномицина D вне зависимости от зоны облучения; пауза в проведении химиотерапии в случае если в зону облучения попадает печень
- откладывание всего курса химиотерапии вне зависимости от вовлекаемых в поле облучения зон

Проявлением острой лучевой реакции у данного пациента может быть

- сморщивание мочевого пузыря
- коксартрит
- диарея
- острая почечная недостаточность

Данному пациенту в течение первого года после окончания лечения показано проведение скинтиграфии костей скелета с периодичностью

- сморщивание мочевого пузыря
- коксартрит
- диарея
- острая почечная недостаточность

В данном случае степень гематологической токсичности в соответствии со шкалой оценки токсичности соответствует + _____ + степени

- сморщивание мочевого пузыря
- коксартрит
- диарея
- острая почечная недостаточность

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 15 лет пришла на консультацию к радиотерапевту для определения тактики дальнейшей терапии основного заболевания.

Жалобы

На слабость, подъемы температуры в течение последних двух суток, ближе к вечеру, максимально до 38.2°C.

Анамнез заболевания

Семь месяцев назад пациентка пожаловалась на ухудшение состояния в виде слабости, усталости, повышения температуры тела (до 38.9°C), боли в животе. Обратилась к педиатру по месту жительства. По данным осмотра у пациентки была обнаружена лимфоаденопатия шейных и надключичных лимфоузлов. Проведено обследование: Общий анализ крови, общий анализ мочи, рентгенография органов грудной клетки, УЗИ периферических лимфоузлов, консультация онколога. На основании дополнительного обследования, проведенного в специализированной клинике по месту жительства, пациентке был установлен диагноз: «Лимфома Ходжкина, смешанно-клеточный вариант, III В стадия с поражением лимфоузлов шеи, средостения, парааортальных и подвздошных лимфоузлов». Пациентке была начата полихимиотерапия. По данным контрольного обследования после двух курсов химиотерапии – частичный ответ. Известно, что дозы химиопрепаратов во время последнего 6 курса полихимиотерапии были редуцированы на 25%. На момент осмотра – 7-й день после окончания полихимиотерапии.

Анамнез жизни

Хронические заболевания не выявлены. Онкологический анамнез – у дедушки рак желудка. Болела редко, в основном ОРВИ – 2-3 раза в год. Детские инфекции – ветряная оспа. Привита по возрасту.

Объективный статус

- * Состояние средней тяжести, за счет слабости, головной боли. Вес 40 кг, рост 160 см. Температура тела 37,6°C.
- * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.
- * Периферические лимфатические узлы не пальпируются.
- * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Аускультативно дыхание жесткое, хрипов нет. ЧД – 17 в минуту
- * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст.
- * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации незначительно болезненный во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

С целью оценки статуса ремиссии необходимо провести

- сморщивание мочевого пузыря
- коксартрит

- диарея
- острая почечная недостаточность

Результаты обследования

С целью выявления осложнений полихимиотерапии, препятствующих проведению лучевой терапии, необходимо исследование

- сморщивание мочевого пузыря
- коксартрит
- диарея
- острая почечная недостаточность

Результаты обследования

Сформулируйте основной диагноз

- сморщивание мочевого пузыря
- коксартрит
- диарея
- острая почечная недостаточность

Диагноз

Осложнением лечения основного заболевания у данной пациентки является

- мукозит 2 степени тяжести по шкале RTOG
- железодефицитная анемия 3 степени по шкале RTOG
- индуцированная аплазия кроветворения
- лимфаденопатия внутрибрюшных лимфоузлов

Тактикой лучевой терапии в данном случае является

- проведение мантийного облучения
- облучение всех инициально пораженных лимфоколлекторов
- проведение лучевой терапии по радикальной программе
- облучение всех групп лимфоузлов с бустом на медиастинальные лимфоузлы

Проведение лучевой терапии должно быть назначено

- на 28-36 день от окончания последнего курса полихимиотерапии
- на 10-14 день от первого дня последнего курса полихимиотерапии
- на 14 - 28 день от приема последней дозы преднизолона
- на 48 день после приема последней дозы преднизолона

Рекомендовано проведение облучения в суммарной дозе + ____ + Гр

- 19,8
- 24
- 16
- 36

При планировании лучевой терапии врачом будут оконтуриваться критические структуры

- гипофиз, тела позвонков, орбита, печень, почки, яичники, хрусталики
- селезенка, желудок, слюнные железы, кишечник, кожа, зрительные нервы
- пищевод, легкие, сердце, кишечник, почки, печень, яичники, молочная железа
- слизистая ротовой полости, пищевод, желудок, головка бедренной кости

Лучевому терапевту для определения токсичности лечения необходимо контролировать следующие показатели общего анализа крови

- нейтрофилы, лимфоциты, гемоглобин, тромбоциты
- гемоглобин, нейтрофилы, лейкоциты, тромбоциты
- нейтрофилы, гемоглобин, эозинофилы, лимфоциты
- тромбоциты, лейкоциты, лимфоциты, гематокрит

Во время проведения лучевой терапии у пациентки могут наблюдаться острые реакции в виде

- сухости слизистых, герпетической инфекция кожи, алопеции, лейкопении, тромбоцитопении
- мукозитов, алопеции, лейкопении, тромбоцитопении
- мукозитов, эпидермита, алопеции, лимфоцитоза, тромбоцитопении
- кожной герпетической инфекции, мукозитов, алопеции, лейкопении, тромбоцитопении

После лучевой терапии поздние осложнения могут возникнуть в виде

- мукозитов, рака легкого, меланомы кожи, ранней менопаузы, гипотиреозидизма
- рака молочной железы, рака легкого, рака кожи, миокардиодистрофии
- рака молочной железы, рака легкого, меланомы кожи, гастрита
- рака молочной железы, рака легкого, гипотиреозидизма, ранней менопаузы

Данного пациента в случае достижения полной ремиссии по окончании терапии необходимо наблюдать

- мукозитов, рака легкого, меланомы кожи, ранней менопаузы, гипотиреозидизма
- рака молочной железы, рака легкого, рака кожи, миокардиодистрофии
- рака молочной железы, рака легкого, меланомы кожи, гастрита
- рака молочной железы, рака легкого, гипотиреозидизма, ранней менопаузы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Родители с ребенком 9 лет 8 месяцев пришли на прием к радиотерапевту.

Жалобы

В настоящий момент не беспокоят.

Анамнез заболевания

Около 8 месяцев назад появились начальные признаки заболевания: тошнота, периодическая рвота, эпизоды головной боли. Наблюдалась гастроэнтерологом по месту жительства, обследовалась, получала симптоматическое лечение. Симптомы сохранялись на фоне проводимой терапии. Через 6 месяцев присоединилась шаткость походки. В связи с жалобами госпитализирован в детскую краевую больницу. По данным МРТ определяется объемное образование в IV желудочке. Пациент переведен в хирургическое отделение. Выполнена операция: Удаление опухоли IV желудочка и червя мозжечка под контролем нейромониторинга. Гистологическое заключение, выполненное в экспертной лаборатории, позволило установить морфологический диагноз: гистологическая картина и иммунофенотип соответствуют классической медуллобластоме, WHO grade IV.

Анамнез жизни

От 3-й беременности, 2-х родов на 39-й неделе путем кесарева сечения. Вес при рождении 3200 г, рост 54 см, по Апгар 8/9 б. Рост и развитие по возрасту. На диспансерном учете не состоит. Травмы отрицает, операции - удаление опухоли IV желудочка.

Объективный статус

Состояние тяжелое по основному заболеванию. Температура – 36,2°C. Самочувствие не страдает. Ребенок вялый. Кожные покровы и видимые слизистые нормального цвета. Лимфоузлы не увеличены. Видимых периферических отёков нет.

Носовое дыхание не затруднено. В легких аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД – 22/мин, ЧСС – 100/мин, АД – 110/70 мм.

Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия, выслушивается систолический шум на верхушке.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 1 см, селезёнка – у края реберной дуги.

Неврологический статус: выявляется общемозговая и гипертензионная симптоматика в виде периодической головной боли, тошноты и рвоты. Умеренные статико-динамические нарушения по типу мозжечковой атаксии, координаторные нарушения. Стволовая симптоматика представлена горизонтальным нистагмом, недостаточностью отводящих нервов с двух сторон, недостаточностью 7 нерва справа.

Необходимые инструментальные методы исследования для формулировки диагноза

- мукозитов, рака легкого, меланомы кожи, ранней менопаузы, гипотиреозидизма
- рака молочной железы, рака легкого, рака кожи, миокардиодистрофии
- рака молочной железы, рака легкого, меланомы кожи, гастрита
- рака молочной железы, рака легкого, гипотиреозидизма, ранней менопаузы

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимые лабораторные методы исследования для формулировки диагноза

- мукозитов, рака легкого, меланомы кожи, ранней менопаузы, гипотиреозидизма
- рака молочной железы, рака легкого, рака кожи, миокардиодистрофии
- рака молочной железы, рака легкого, меланомы кожи, гастрита
- рака молочной железы, рака легкого, гипотиреозидизма, ранней менопаузы

Результаты лабораторных методов обследования

Сформулируйте основной диагноз, стадию заболевания

- мукозитов, рака легкого, меланомы кожи, ранней менопаузы, гипотиреозидизма
- рака молочной железы, рака легкого, рака кожи, миокардиодистрофии

- рака молочной железы, рака легкого, меланомы кожи, гастрита
- рака молочной железы, рака легкого, гипотиреозидизма, ранней менопаузы

Диагноз

Тактика ведения данного пациента предусматривает

- комбинированное лечение (лучевая терапия + химиотерапия)
- лучевую терапию
- отсутствие необходимости в дальнейшей терапии
- химиотерапию

Тактика проведения лучевой терапии у данного пациента включает

- краниоспинальное облучение с бустом на заднюю черепную ямку (ЗЧЯ)
- паллиативную лучевую терапию
- краниоспинальное облучение
- локальную лучевую терапию на ложе опухоли по радикальной программе

Начало локальной лучевой терапии после операции должно быть осуществлено

- не позднее 6 недель
- не позднее 8 недель
- в течение 4-х недель
- не позднее 42 дня

Необходимым исследованием для планирования и проведения лучевой терапии является

- МРТ головного мозга с контрастным усилением и разметочная компьютерная топометрия
- МСКТ головного мозга
- разметочная компьютерная топометрия
- МРТ головного и спинного мозга

Краниоспинальная ось будет в себя включать

- весь объем головного мозга, два верхних сегмента спинного мозга
- весь объем головного мозга и спинного мозга
- заднюю черепную ямку и весь объем спинного мозга
- весь объем головного и спинного мозга, дуральный мешок

КОМ (Клинический Объем Мишени) полного объема головного мозга включает в себя

- весь головной мозг, включающий лобные доли
- весь головной мозг, включающий весь объем лобных долей, зрительные нервы и область решетчатой пластинки
- весь головной мозг
- весь объем головного мозга, два верхних сегмента спинного мозга

КОМ (Клинический Объем Мишени) спинального объема включает в себя

- спинной мозг + дуральный мешок
- весь позвоночный канал до уровня L5
- весь спинной мозг (уровень L1-2)
- позвоночный канал до нижнего края текального мешка по МРТ

Суммарная доза, предписываемая на краниоспинальную ось должна составлять + ___ + Гр

- 24
- 18
- 35,2
- 23,4

Суммарная доза, предписываемая на заднюю черепную ямку должна составлять + ___ + Гр

- 24
- 18
- 35,2
- 23,4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Родители с сыном 7 лет пришли на прием к радиотерапевту.

Жалобы

На умеренную головную боль, слабость.

Анамнез заболевания

Ребенок заболел около 5 месяцев назад, когда появились жалобы на периодическую головную боль и рвоту в утренние часы. В дальнейшем появились жалобы на боли в пояснице, слабость правой ноги, шаткость

походки, головная боль и рвота сохранялись. Месяц назад ребенок был госпитализирован в специализированную клинику с подозрением на опухоль головного мозга. Было выполнено МРТ, по данным которой определяется объемное образование в IV желудочке размерами 40x43x52 мм, с неровными четкими контурами. Проведена операция - удаление опухоли IV желудочка с нейрофизиологическим мониторингом. Гистологическое заключение, выполненное в экспертной лаборатории, позволило установить морфологический диагноз: гистологическая картина и иммунофенотип соответствуют классической медуллобластоме, ВОЗ, степень IV.

Анамнез жизни

От 7-й беременности, 6-х родов на 37-й неделе. Вес при рождении 3500 г, рост 54 см, по Апгар 7/8 б. Рост и развитие по возрасту. На диспансерном учете не состоит. Травмы отрицает, операции - удаление опухоли IV желудочка.

Объективный статус

Состояние тяжелое по основному заболеванию. Температура – 36,2°C. Самочувствие не страдает. Ребенок вялый. Кожные покровы и видимые слизистые нормального цвета.

Лимфоузлы не увеличены. Видимых периферических отёков нет.

Носовое дыхание не затруднено. В легких аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД – 22 в мин.

Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия, выслушивается систолический шум на верхушке. ЧСС – 100/мин, АД – 110/70 мм. рт. ст.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 1 см, селезёнка – у края реберной дуги.

Неврологический статус: Сознание ясное, менингеальных знаков нет. Активен.

На вопросы отвечает четко. Глазные щели, зрачки симметричны, реакция живая. Диплопии нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии.

Сухожильные рефлексы в руках симметричные, в ногах – справа отрицательный, слева в норме. Мышечный тонус в руках симметрично снижен, в ногах – справа резко снижен. Активных движений в правой ноге нет. Сидит без поддержки. Стоять не может: выраженная боль в поясничной области. Чувствительность ориентировочно сохранена.

Выберите необходимые инструментальные методы исследования для формулировки диагноза

- 24
- 18
- 35,2
- 23,4

Результаты инструментальных методов обследования

Сформулируйте основной диагноз, стадию заболевания

- 24
- 18
- 35,2
- 23,4

Диагноз

Тактика ведения данного пациента предусматривает

- отсутствие необходимости в дальнейшей терапии
- лучевую терапию
- комбинированное лечение (химиотерапия + лучевая терапия)
- химиотерапию

Тактика проведения лучевой терапии у данного пациента включает

- краниоспинальное облучение с бустом на заднюю черепную ямку
- краниоспинальное облучение
- краниоспинальное облучение с бустом на заднюю черепную ямку а также буст на метастазы в головном мозге
- краниоспинальное облучение с бустом на заднюю черепную ямку, а также буст на метастазы в головном и спинном мозге

Необходимым исследованием для планирования и проведения лучевой терапии является

- МРТ головного мозга и МРТ спинного мозга с контрастным усилением и разметочная компьютерная топометрия
- МРТ головного и спинного мозга
- МСКТ головного мозга
- разметочная КТ

Для интракраниального метастаза КОМ (Клинический Объем Мишени) включает в себя макроскопический объем опухоли (МОО) +

- 0,5 см по МРТ с учетом анатомических барьеров
- 1,5 см
- 1 см по МРТ с учетом анатомических границ
- 2 см

Для метастаза в спинном мозге КОМ (Клинический Объем Мишени) включает в себя макроскопический объем опухоли (МОО) +

- 1 см по МРТ с учетом анатомических границ и в краниокаудальном направлении должен быть равным высоте тела одного позвонка
- 2 см отступ от видимой опухоли, в краниокаудальном направлении должен быть равным высоте тела одного позвонка
- 1,5 см отступ от видимой опухоли, в краниокаудальном направлении должен быть равным высоте тела одного позвонка
- 0,5 см отступ от видимой опухоли, в краниокаудальном направлении должен быть равным высоте тела одного позвонка

Суммарная доза, предписываемая на метастаз в инфундибулярном углублении III желудочка, составляет

- не менее 60 Гр
- 50 Гр
- 45 Гр
- 54 Гр

Суммарная доза, предписываемая на метастаз в спинном мозге, составляет +__+ Гр

- 50,4
- 54
- 44,2
- 49,6

Суммарная доза, предписываемая на заднюю черепную ямку должна составлять +__+ Гр

- 54-55
- 59,4
- 50,4
- не менее 60

Проявлениями острой токсичности у данного пациента могут быть

- перикардит, эндокардит
- лучевой цистит, лучевой ректит
- эпидермит, эзофагит
- тиреоидит, ксеростомия

Проявлениями поздней токсичности у данного пациента могут быть

- перикардит, эндокардит
- лучевой цистит, лучевой ректит
- эпидермит, эзофагит
- тиреоидит, ксеростомия

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 5 лет направлена на консультацию радиотерапевта.

Жалобы

На момент осмотра активных жалоб нет.

Анамнез заболевания

Пациентка больна с 4-х лет, когда мама самостоятельно обнаружила увеличение объема живота, появился болевой абдоминальный синдром. По месту жительства выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости: обнаружено объемное образование, исходящее из левой почки, размерами 92x95x150 мм. Пациентке было проведено инициальное обследование в объеме компьютерной томографии органов брюшной полости, толстоигольная биопсия образования. По данным гистологического заключения – нефробластома. В соответствии с диагнозом начата неoadъювантная полихимиотерапия. Спустя 4 недели предоперационной химиотерапии, выполнено оперативное вмешательство в объеме туморнефрэдреналэктомии слева. В настоящий момент +12 сутки после оперативного лечения, швы сняты. Обратились для определения дальнейшей тактики терапии.

Анамнез жизни

Хронические заболевания не выявлены. Онкологический анамнез – у бабушки рак желудка. Болела редко, в основном острые респираторные вирусные инфекции – 2-3 раза в год. Детские инфекции – ветряная оспа. Привита по возрасту.

Объективный статус

- * Состояние средней тяжести. Вес 20 кг, рост 118 см. Температура тела 37,6°C.
- * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, послеоперационный рубец без признаков воспаления
- * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД – 19-21 в минуту.
- * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст.

* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Необходимый объем обследования для стадирования заболевания должен включать

- перикардит, эндокардит
- лучевой цистит, лучевой ректит
- эпидермит, эзофагит
- тиреоидит, ксеростомия

Результаты обследования

Согласно полученным данным обследования можно установить диагноз

- перикардит, эндокардит
- лучевой цистит, лучевой ректит
- эпидермит, эзофагит
- тиреоидит, ксеростомия

Диагноз

Тактикой дальнейшей терапии с учетом стадии заболевания является проведение

- химиолучевой терапии
- лучевой терапии после курса адъювантной терапии
- лучевой терапии
- адъювантной полихимиотерапии

Начало лучевой терапии показано

- через 2-3 недели после оперативного лечения
- через 3-4 недели после оперативного лечения
- после окончания адъювантной химиотерапии
- через 2-3 недели от окончания поддерживающей терапии

Разовая доза лучевой терапии должна составлять

- 2,0 Гр
- 1,6 Гр
- 1,5 Гр
- 1,8 Гр

Суммарная доза лучевой терапии должна составлять + ____ + Гр

- 14,4
- 30,6
- 10,8
- 25.2

Показания к проведению тотального облучения брюшной полости у данного пациента

- неизвестны, для решения вопроса необходимо проведение дополнительной компьютерной томографии органов брюшной полости
- имеются, так как пациенту проводилась биопсия образования
- не выявлены, так как у пациента не было данных за разрыв опухоли во время оперативного вмешательства
- неизвестны, для решения вопроса о проведении тотального облучения брюшной полости необходим пересмотр гистологических препаратов

Показания к проведению тотального облучения легких у данного пациента

- неизвестны
- имеются, в редуцированной дозе
- имеются
- не выявлены

Клинический объем облучения у данного пациента оконтуривается

- с учетом КТ/МРТ/УЗИ после проведенной операции + должен быть обсужден отдельно совместно с лечащим онкологом
- с учетом УЗИ + 2 см окружающих тканей + должен исключать все позвонки на уровне поражения
- с учетом КТ/МРТ/УЗИ после химиотерапии перед операцией + 1 см окружающих тканей
- с учетом КТ/МРТ/УЗИ после химиотерапии перед операцией + 2 см окружающих тканей + должен включать все позвонки на уровне поражения

Рекомендованное ограничение дозы на единственную здоровую почку составляет + ____ + Гр

- 14
- 16
- 12
- 9

Токсичность во время и после проведения лучевой терапии у данного пациента может наблюдаться со стороны

- мочевого пузыря, почки, печени
- кишечника, единственная почки, печени
- сердца, надпочечника, почки
- легких, сердца, мочевого пузыря

После завершения специального лечения по поводу нефробластомы рекомендуется диспансерное наблюдение по месту жительства у

- мочевого пузыря, почки, печени
- кишечника, единственная почки, печени
- сердца, надпочечника, почки
- легких, сердца, мочевого пузыря

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 15 лет пришла с родителями на консультативный прием радиотерапевта.

Жалобы

На момент осмотра боли в области правого бедра (до 3-4 баллов по цифровой шкале боли).

Анамнез заболевания

Около 9 месяцев назад появилась болезненность в правом бедре при физической нагрузке. Через 2 месяца боли усилились и стали постоянными, появилась припухлость в области верхней трети правого бедра, при рентгенологическом исследовании выявлено образование в верхней трети правой бедренной кости 9,5x6x5 см (V=212 мл), повышенные уровни СОЭ, ЛДГ, ЩФ, снижение уровня гемоглобина до 100 г/л. В специализированной клинике выполнено комплексное обследование, на основании которого установлен диагноз «Саркома Юинга правой бедренной кости, T2N0M0». Начата полихимиотерапия по схеме VIDE (согласно протоколу EuroEWING 2008). После 5-го курса при контрольном обследовании отмечалась положительная динамика в виде уменьшения первичной опухоли на 47% по сравнению с инициальным исследованием. Всего проведено 6 блоков, без нарушения тайминга. Оперативное лечение в объеме тотального удаления опухоли с одномоментным эндопротезированием тазобедренного сустава, биопсия пахового лимфоузла справа проведены 14 дней назад. По данным

гистологического исследования - саркома Юинга с ростом в окружающие мягкие ткани, роста опухолевых клеток в краях резекции и лимфоузлах нет, лечебный патоморфоз 2 степени.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, 1 самостоятельных срочных родов. Течение беременности: на фоне угрозы прерывания во 2-м триместре. Вес при рождении 3200 г, рост 51 см. Закричала сразу, 9/10 баллов по шкале Апгар. К груди приложена сразу. БЦЖ проведено в роддоме. Естественное вскармливание до 10 месяцев. Профилактические прививки согласно национальному календарю. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.

Объективный статус

На момент осмотра состояние относительно удовлетворительное, жалобы на болезненность в области оперативного вмешательства. Кожные покровы бледно-розовые, сыпи нет. Послеоперационные раны заживают первичным натяжением, признаков воспаления нет. Лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны ясные ритмичные. ЧДД 21 в минуту, ЧСС -84 ударов в минуту. АД 110/70 мм.рт.ст. Температура тела 36,5°C.

Ответ на неоадъювантную терапию расценивается как

- прогрессия заболевания
- полный ответ
- частичный ответ
- стабилизация заболевания

Неблагоприятными прогностическими факторами у данного пациента являются

- расположение опухоли в области бедра, снижение уровня гемоглобина
- объем инициальной опухоли >200 мл, возраст более 14 лет
- размер инициальной опухоли более 8 см, возраст более 5 лет
- объем инициальной опухоли >100 мл, возраст более 10 лет

Категория T2 определена на основании

- размера инициальной опухоли более 5 см, но менее 8 см
- размера инициальной опухоли более 5 см, но менее 10 см
- наличия прорастания в скелетную мускулатуру
- размера инициальной опухоли более 8 см

Учитывая данные первичного обследования, пациент относится к группе

- ультравысокого риска
- промежуточного риска
- высокого риска
- стандартного риска

Макроскопический объем опухоли (GTV) определяются на основании данных

- обследования проведенного после 2-го курса полихимиотерапии
- КТ/МРТ с максимальным распространением опухоли
- обследования проведенного после 5-го курса полихимиотерапии
- КТ/МРТ проведенных непосредственно перед курсом дистанционной лучевой терапии

Проведение курса дистанционной лучевой терапии на весь объём легких

- показано из-за плохого проникновения химиопрепаратов в ткань легкого
- показано ввиду частого метастатического поражения легких неопределяемого при обследовании
- не показано, ввиду отсутствия данных о метастатическом поражении легких
- не показано ввиду высокой токсичности после ранее примененной химиотерапии

Суммарная очаговая доза на область первичного очага должна составлять

- не более 20 Гр
- не менее 45 Гр
- не менее 60 Гр
- не более 30 Гр

Оценку гематологической токсичности во время лучевой или химиотерапии необходимо проводить

- не реже 1 раза в 2 недели
- не реже 1 раза в неделю
- только в начале и конце курса лечения
- только при ухудшении состояния пациента

Применение Г-КСФ должно быть прекращено до начала курса химиотерапии не менее, чем за

- не реже 1 раза в 2 недели
- не реже 1 раза в неделю

- только в начале и конце курса лечения
- только при ухудшении состояния пациента

Степень токсичности по RTOG равна

- 1
- 2
- 3
- 4

Проведение лучевой терапии должно быть прервано при уровне лейкоцитов менее

- $1,5 \times 10^9/\text{л}$
- $2 \times 10^9/\text{л}$
- $2,5 \times 10^9/\text{л}$
- $1,0 \times 10^9/\text{л}$

В первый год диспансерного наблюдения радиоизотопное исследование костей проводится

- $1,5 \times 10^9/\text{л}$
- $2 \times 10^9/\text{л}$
- $2,5 \times 10^9/\text{л}$
- $1,0 \times 10^9/\text{л}$

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 11 лет пришел с родителями на консультативный прием радиотерапевта.

Жалобы

На момент осмотра боли в области крестца справа (до 3-4 баллов по цифровой шкале боли).

Анамнез заболевания

Около 9 месяцев назад стал отмечать болезненность в области креста справа при физической нагрузке. Около 7 месяцев назад после падения боли усилились и стали постоянными, при рентгенологическом исследовании выявлено образование в области крестцово-подвздошного сочленения справа. В специализированной клинике проведено обследование, установлен диагноз Саркома Юинга правой подвздошной кости с распространением на

окружающие мышцы, T2N0M1, множественные метастазы в лёгкие до 1 см, группа высокого риска. Начата полихимиотерапия по схеме VIDE (согласно протоколу EuroEWING 2008). После 2-го и 5-го курса при контрольном обследовании отмечалась положительная динамика в виде уменьшения первичной опухоли. После 5-го курса определялся 2 метастатических очага размерами 4 мм в правом и 5 мм левом легком. Всего проведено 6 блоков, без нарушения тайминга. 12 дней назад проведено оперативное лечение в объеме удаления крыла правой подвздошной кости, надацетабулярной резекцией костей таза со стабилизацией системой Expidium De Puy с последующей пластикой костным цементом. Выполнена биопсия пахового лимфоузла справа. По данным гистологического исследования - саркома Юинга, роста в краях резекции и лимфоузлах нет, лечебный патоморфоз 3 степени.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, 2 самостоятельных срочных родов. Течение беременности: на фоне угрозы прерывания в 3-м триместре. Вес при рождении 3600 г, рост 53 см. Закричал сразу, 9 баллов по шкале Апгар. К груди приложен сразу. БЦЖ проведено в роддоме. Естественное вскармливание до 5 месяцев. Профилактические прививки согласно календарю. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.

Объективный статус

На момент осмотра состояние относительно удовлетворительное, жалобы на болезненность в области оперативного вмешательства. Кожные покровы бледно-розовые, сыпи и расчесов нет. Послеоперационные раны заживают первичным натяжением, признаков воспаления нет. Лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны ясные, ритмичные. ЧДД 20 в минуту, ЧСС -82 в минуту. Температура тела 36,7°C.

Дальнейшая тактика ведения данного пациента требует

- проведения поддерживающей химиотерапии
- проведения только адъювантной дистанционной лучевой терапии
- обследования каждые 3 месяца без проведения адъювантной терапии
- проведения адъювантных курсов полихимиотерапии и дистанционной лучевой терапии

Проведение лучевой терапии на область легких

- не показано, учитывая полный регресс метастатических очагов в легких

- не показано, учитывая размер метастатических очагов на момент выявления менее 1 см
- необходимо при наличии множественных метастатических очагов в обоих легких на момент установления диагноза
- необходимо при наличии определяемых метастатических очагов при обследовании после 2-х блоков предоперационной химиотерапии

Лучевая терапия на область метастатических очагов в легких проводится

- без облучения всего объема легких с РОД 1,5 Гр до СОД 30 Гр
- перед облучением всего объема легких до СОД 30Гр (с учета дозы, получаемой на этапе тотального облучения легких)
- после облучения всего объема легких до СОД 45 Гр (с учетом дозы, полученной на этапе тотального облучения легких)
- после облучения всего объема легких до СОД 45 Гр (без учета дозы, полученной на этапе тотального облучения легких)

Бустовое облучение очагов в легких противопоказано при необходимости суммарного облучения

- более 50 % всего объема легких
- более 25% всего объема легких
- более 200 мл
- более 100 мл

Контур макроскопического объема опухоли (GTV) должен определяться на основании данных

- КТ/МРТ проведенных непосредственно перед курсом дистанционной лучевой терапии
- обследования проведенного после 2-го курса полихимиотерапии
- КТ/МРТ с максимальным распространением опухоли
- обследования проведенного после 5-го курса полихимиотерапии

Суммарная очаговая доза на первичный объем опухоли должна составлять

- не менее 60 Гр
- не менее 45 Гр
- не более 30 Гр
- не более 20 Гр

Оценка гематологической токсичности во время лучевой или химиотерапии

- не менее 60 Гр
- не менее 45 Гр

- не более 30 Гр
- не более 20 Гр

Степень токсичности по RTOG равна

- 4
- 2
- 3
- 1

Применение Г-КСФ должно быть прекращено до начала курса химиотерапии не менее, чем за

- 48 часов
- 12 часов
- 24 часа
- 72 часа

Проведение лучевой терапии должно быть прервано при уровне лейкоцитов менее

- $1,0 \times 10^9 / \text{л}$
- $2 \times 10^9 / \text{л}$
- $1,5 \times 10^9 / \text{л}$
- $2,5 \times 10^9 / \text{л}$

Проведение трансфузии эритроцитарной массы необходимо при уровне гемоглобина ниже _____ г/л

- 80
- 100
- 75
- 110

В первый год диспансерного наблюдения радиоизотопное исследование костей проводится

- 80
- 100
- 75
- 110

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к радиотерапевту обратились родители ребенка 4-х лет для определения тактики дальнейшей терапии.

Жалобы

На слизистое отделяемое из носовых ходов, отечность век справа, тошноту, снижение аппетита.

Анамнез заболевания

Ребенок заболел около 2,5 месяцев назад, отмечалась фебрильная лихорадка, слизистое отделяемое из носовых ходов. На фоне антибактериальной терапии появилась отечность век справа. С подозрением на верхнечелюстной синусит выполнена КТ головы и шеи: определяется мягкотканное объёмное образование, тотально заполняющее правую верхнечелюстную пазуху и распространяющееся в правую крылонёбную ямку, правую половину полости носа с проращением всех носовых раковин, задних ячеек решётчатого лабиринта справа, пролабированием в правые отделы носоглотки и в полость глазницы, размерами до 50x34x42 мм. Определяется небольшое расхождение правого скуло-верхнечелюстного шва до 1,2 мм и увеличение размеров лимфоузлов шеи, максимальным размером до 20x14 мм.

Выполнена правосторонняя гайморотомия, биопсия опухолевидного образования.

Гистологическое исследование: эмбриональная рабдомиосаркома.

Ликворограмма: цитоз 0,33/мкл, белок – 0,4 г/л. В цитопрепаратах – единичные лимфоциты, макрофаги, моноциты. Атипичные клетки не обнаружены.

Миелограмма (4 точки): в пределах просмотренного материала атипичные клетки не обнаружены.

Сцинтиграфия костей скелета: патологического накопления радиофармпрепарата не обнаружено.

КТ органов грудной клетки: патологии со стороны органов грудной клетки не обнаружено.

Проведено 3 курса программной химиотерапии в соответствии со стадией заболевания и группой риска.

По данным КТ головы и шеи: в правой подвисочной ямке, правой крылонебной ямке, правой верхнечелюстной пазухе, задних отделах правой глазницы и верхних отделах носового хода справа сохраняется солидное образование, неправильной формы, активно накапливающее контрастный препарат. Размеры образования в динамике уменьшились на 53%, с 50x34x42 мм ($V=37,2 \text{ см}^3$) до 29x35x33 мм ($V=17,5 \text{ см}^3$).

Анамнез жизни

Ребенок от 2-ой беременности (1-я - девочка, 6 лет, со слов матери, здорова), 2-х физиологических родов, протекавших без особенностей, на сроке 39-40 недель. Вес при рождении 3250 г, рост 52 см. Росла и развивалась по возрасту до 2-х лет, затем отмечена задержка речевого развития. Перенесенные заболевания: ОРВИ, бронхит. Детские инфекции (ветряная оспа, корь, краснуха) - не болела. Вакцинация по Национальному календарю. Наследственность по онкопатологии не отягощена.

Объективный статус

Состояние: тяжелое по основному заболеванию, стабильное.

Беспокоит тошнота, рвоты нет. Самочувствие: страдает умеренно.

Сознание: ясное. Кожные покровы: бледно-розовые окраски, влажные, чистые.

Геморрагического синдрома нет.

Слизистые оболочки: чистые, розовые, влажные. Сердечно-сосудистая система: область сердца не изменена, тоны сердца ясные, громкие, ритмичные, шумы не выслушиваются. Пищеварительная система: живот мягкий, безболезненный во всех отделах при поверхностной и глубоко пальпации. Мочевыделительная система: мочеиспускание свободное, безболезненное.

Стул с тенденцией к задержке.

Визуально определяется асимметрия глазных щелей, экзофтальм справа, гиперемия верхнего века справа.

Укажите объем дополнительного обследования для уточнения распространенности болезни

- 80
- 100
- 75
- 110

Результаты обследования

Оцените распространенность процесса по критериям TNM, стадию по IRS и группу риска

- T2aN0M0, III стадия по IRS, группа стандартного риска (подгруппа D)
- T1bN1M0, III стадия по IRS, группа стандартного риска
- T2bN0M0, II стадия по IRS, группа высокого риска
- T2aN0M1, III стадия по IRS, группа высокого риска

Дальнейшей тактикой терапии в соответствии с установленным диагнозом является

- проведение химиолучевой терапии
- проведение лучевой терапии с перерывом в проведении полихимиотерапии
- продолжение полихимиотерапии без лучевой терапии
- проведение лучевой терапии с последующим возможным хирургическим лечением без полихимиотерапии

Сроками начала проведения лучевой терапии в рамках локального контроля для данного пациента является

- 9-12 неделя полихимиотерапии (после 3-4 курса)
- 27 неделя полихимиотерапии (после 9 курсов)
- 6-8 неделя полихимиотерапии (после 1-2 курсов)
- 20-22 неделя полихимиотерапии (после 6-7 курсов)

Во время проведения лучевой терапии во избежание выраженной токсичности предусмотрена отмена

- актиномицина D
- винкристина
- этопозид
- ифосфамида

Подготовка к лучевой терапии пациентов с опухолями головы и шеи включает

- проведение ПЭТ с использованием индивидуальных средств фиксации
- проведение компьютерной томографии с использованием индивидуальных средств фиксации
- проведение ПЭТ/КТ с использованием индивидуальных средств фиксации
- проведение МРТ пораженной области с использованием индивидуальных средств фиксации

Объем МОО (макроскопический объем опухоли) будет определяться на основании

- распространения опухоли на момент проведения разметки на компьютерном томографе
- инициального распространения опухоли
- распространения опухоли после 1 курса полихимиотерапии
- распространения инициальной опухоли с включением регионарных лимфатических узлов

Объем КОМ (клинический объем мишени) для данного пациента составляет безопасный отступ

- 3 см во всех направлениях с коррекцией на анатомические барьеры распространения опухоли
- 1-2 см с коррекцией на анатомические барьеры распространения опухоли
- 2 см в продольном направлении с коррекцией на анатомические барьеры распространения опухоли
- 0,5 см с коррекцией на анатомические барьеры распространения опухоли

Предпочтительной методикой облучения для данного пациента является

- лучевая терапия с модуляцией по интенсивности (IMRT)
- конвенциональная лучевая терапия
- стереотаксическая лучевая терапия
- 3D конформная лучевая терапия

Для данного пациента суммарная очаговая доза (СОД) дистанционного облучения будет составлять + ____ + Гр

- 50,4
- 34,2
- 54
- 59,4

На проведенную терапию после 3-х курсов ПХТ в данном случае можно констатировать

- 50,4
- 34,2
- 54
- 59,4

В данном случае проявлением острой лучевой токсичности является лучевой мукозит + ____ + степени

- 50,4
- 34,2
- 54
- 59,4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Родители с ребенком 3,5 лет пришли на прием к радиотерапевту.

Жалобы

Со слов мамы редкие головные боли, шаткость походки.

Анамнез заболевания

Ребенок болен 3 месяца, когда впервые появились жалобы на частые головные боли, многократную рвоту в течение суток, шаткость походки. Обратились в краевую больницу, выполнено КТ головного мозга, по данным которой определялось объемное образование IV желудочка. Был госпитализирован в нейрохирургическое отделение. Проведено тотальное удаление опухоли 3 недели назад. Гистологическое заключение, выполненное в экспертной лаборатории, позволило установить морфологический диагноз: анапластическая эпендимома, Grade IV. МРТ головного мозга, проведенная в течение 48 часов после хирургического вмешательства, показала отсутствие остаточной опухоли.

Анамнез жизни

От 1-й беременности, 1-х родов на 39-й неделе путем кесарева сечения. Вес при рождении 3500 г, рост 54 см, по Апгар 8/9 б. Рост и развитие по возрасту. На диспансерном учете не состоит. Травмы отрицает, операции - удаление опухоли IV желудочка.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Температура – 36,2°C. Самочувствие не страдает. Ребенок вялый. Кожные покровы и видимые слизистые нормального цвета.

Лимфоузлы не увеличены. Видимых периферических отёков нет.

Носовое дыхание не затруднено. В легких аускультативно дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД – 22/мин, ЧСС – 100/мин, АД – 90/59 мм.

Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия, выслушивается систолический шум на верхушке.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 1 см, селезёнка – у края реберной дуги.

Неврологический статус: Состояние сознания ясное, зрение не снижено, глазные щели OD=OS, зрачки D=>S, фотореакция сохранена, движения глаз не ограничены, нистагм установочный, тригеминальные точки безболезненные, лицо симметричное, слух не снижен, глотание не нарушено, глоточные рефлексy средние, дизартрии нет, язык не девирует, голос обычный.

Выберите необходимые для стадирования диагноза инструментальные методы обследования

- 50,4
- 34,2

- 54
- 59,4

Результаты инструментальных методов обследования

Выберите необходимый для стадирования диагноза лабораторный метод обследования

- 50,4
- 34,2
- 54
- 59,4

Результаты лабораторного метода обследования

Ваш предположительный основной диагноз

- 50,4
- 34,2
- 54
- 59,4

Диагноз

Тактика ведения данного пациента предусматривает

- комбинированное лечение (лучевая терапия + полихимиотерапия)
- химиотерапию
- повторное хирургическое лечение
- лучевую терапию

Тактика проведения лучевой терапии у данного пациента включает

- локальную лучевую терапию на ложе опухоли
- краниоспинальное облучение с бустом на заднюю черепную ямку
- паллиативную лучевую терапию
- краниоспинальное облучение с последующим бустом на ложе опухоли

Начало локальной лучевой терапии в послеоперационном периоде должно быть осуществлено в течение

- 2-х недель
- 1 недели
- 3-х недель
- 4-х недель

Необходимым исследованием для планирования и проведения лучевой терапии является

- МРТ головного мозга с контрастным усилением и разметочная компьютерная томография
- Разметочная компьютерная томография
- МРТ головного и спинного мозга
- МСКТ головного мозга

Объем МОО (Макроскопический Объем Опухоли) будет в себя включать

- ложе первичной опухоли
- весь объем спинного мозга
- весь объем головного мозга
- заднечерепную ямку

Объем КОМ (Клинический Объем Мишени) включает в себя

- макроскопический объем мишени + 2 см
- макроскопический объем мишени + IV желудочек
- макроскопический объем опухоли + (0,5-1) см
- макроскопический объем мишени + IV желудочек + ствол головного мозга

Суммарная доза предписываемая на ПОМ (Планируемый Объем Мишени) должна составлять + ___ + Гр

- 54
- 59.4
- 50.4
- 60

Контрольные МРТ исследования головного мозга с контрастным усилением после достижения ремиссии должны выполняться каждый

- 3,6,12,18,24 и далее каждый 6 месяц, до 10 лет после завершения лечения
- 3,6,9,12,16,24,30 и далее каждый 8 месяц, до 5 лет после завершения лечения
- 3,6,9,12,16,20,24,30,36 и далее каждый 6 месяц, до 5 лет после завершения лечения
- 3,12,18,24, и далее каждый 6 месяц, до 5 лет после завершения лечения

Контрольные МРТ исследования спинного мозга с контрастным усилением после достижения ремиссии должны выполняться каждый

- 3,6,12,18,24 и далее каждый 6 месяц, до 10 лет после завершения лечения
- 3,6,9,12,16,24,30 и далее каждый 8 месяц, до 5 лет после завершения лечения
- 3,6,9,12,16,20,24,30,36 и далее каждый 6 месяц, до 5 лет после завершения лечения
- 3,12,18,24, и далее каждый 6 месяц, до 5 лет после завершения лечения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок (девочка) 1 месяца госпитализирован в педиатрический стационар с симптоматикой ОРВИ (лихорадка до 38⁰^C) (контакт по ОРВИ в семье).

Жалобы

На повышение температуры тела, увеличение живота в объеме.

Анамнез заболевания

У ребенка отмечается повышение температуры до фебрильных цифр в течение 5 дней, что было расценено, как ОРВИ. Проводилась симптоматическая терапия. Два дня назад родители заметили увеличение в размерах живота. Амбулаторно выполнено УЗИ органов брюшной полости – выявлено объемное образование забрюшинного пространства в диаметре до 4 см, увеличение размеров печени.

Анамнез жизни

Ребенок от 2-й беременности (1-я роды - девочка, здорова) с угрозой в 1 триместре, ОРВИ с фебрильной лихорадкой на сроке 5 недель. От 2-х плановых оперативных родов (рубец на матке). Вес при рождении 3900 г., длина тела 54 см, оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Домой выписан на 6 сутки. На грудном вскармливании с рождения. Вакцинирован в роддоме: БЦЖ и гепатит В.

Объективный статус

Состояние тяжелое за счет лихорадки и абдоминального синдрома. Масса – 5915 г. Температура 37.5⁰^C. Телосложение правильное, повышенного питания. На осмотр реагирует спокойно, "подкряхтывает" при дыхании. Судорог при осмотре нет. Мышечный тонус умеренно дистально снижен.

Физиологические рефлексы: Бабкина +, Робинсона +, Моро 1 фаза + 2 фаза +, опоры +/-, шаговый +/-, ползания +/- . Голова округлой формы, кости черепа средней плотности. Большой родник 2*2 см, не напряжен, не выбухает. Лицо симметричное, глазные щели на одном уровне. Зрачки D=S. Фотореакция

зрачков прямая и содружественная сохранена. Патологическая неврологическая глазная симптоматика отсутствует. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита несколько избыточно, тургор и эластичность удовлетворительны. Дыхание с втяжением нижней апертуры грудной клетки на вдохе. Грудная клетка без деформаций. Перкуторно над легкими коробочный оттенок звука. Аускультативно дыхание проводится симметрично по всем легочным полям, хрипов нет. ЧСС 48-54 в мин. Тоны сердца средней звучности и выслушиваются во всех отделах. ЧСС - 136 в мин. Живот мягкий при пальпации. Печень пальпаторно выступает на 6 см из под края реберной дуги, край плотный, селезенка +1,0 см. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми инструментальными методами исследования для уточнения диагноза в данном случае являются

- 3,6,12,18,24 и далее каждый 6 месяц, до 10 лет после завершения лечения
- 3,6,9,12,16,24,30 и далее каждый 8 месяц, до 5 лет после завершения лечения
- 3,6,9,12,16,20,24,30,36 и далее каждый 6 месяц, до 5 лет после завершения лечения
- 3,12,18,24, и далее каждый 6 месяц, до 5 лет после завершения лечения

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимыми лабораторными исследованиями в данном случае являются

- 3,6,12,18,24 и далее каждый 6 месяц, до 10 лет после завершения лечения
- 3,6,9,12,16,24,30 и далее каждый 8 месяц, до 5 лет после завершения лечения
- 3,6,9,12,16,20,24,30,36 и далее каждый 6 месяц, до 5 лет после завершения лечения
- 3,12,18,24, и далее каждый 6 месяц, до 5 лет после завершения лечения

Результаты лабораторных методов обследования

Предварительный диагноз в данном случае

- нейробластома правого надпочечника с метастатическим поражением печени, костного мозга
- светлоклеточная саркома почки
- нефробластома справа
- мезобластная нефрома справа

В данном случае предварительно может быть установлена +_____+ стадия заболевания

- 4S
- 1
- 2A
- 2B

Данному пациенту будет показана химиотерапия при

- объеме первичной опухоли более 300 см³
- наличии жизнеугрожающих состояний
- при достижении веса более 6 кг
- достижении возраста 6 месяцев

Первой линией терапии в случае назначения лечения данному пациенту будет являться введение препаратов

- объеме первичной опухоли более 300 см³
- наличии жизнеугрожающих состояний
- при достижении веса более 6 кг
- достижении возраста 6 месяцев

Дальнейшая тактика ведения состоит в

- динамическом наблюдении
- продолжении химиотерапии
- проведении лучевой терапии
- аутологичной трансплантации периферических стволовых клеток

В случае бурной прогрессии основного заболевания за счет гепатомегалии и развития клиники абдоминального компартмент-синдрома тактика ведения будет состоять в

- трансплантации печени
- удалении опухоли надпочечника
- наложении лапаростомы с целью снижения интраабдоминального давления
- динамическом наблюдении

Для окончательной постановки диагноза пациенту необходимо выполнить

- трансплантации печени
- удалении опухоли надпочечника

- наложении лапаростомы с целью снижения интраабдоминального давления
- динамическом наблюдении

Результаты обследования

Окончательный диагноз в данном случае

- трансплантации печени
- удалении опухоли надпочечника
- наложении лапаростомы с целью снижения интраабдоминального давления
- динамическом наблюдении

Диагноз

Расчет препаратов на кг массы тела проводят

- детям старше 12 мес и/или детям с весом более 10 кг
- детям младше 12 мес и/или детям с весом менее 10 кг
- детям до 10 лет
- детям до 18 лет

Наиболее специфичным радиоизотопным методом диагностики и оценки степени распространенности опухолевого процесса при нейробластоме является

- детям старше 12 мес и/или детям с весом более 10 кг
- детям младше 12 мес и/или детям с весом менее 10 кг
- детям до 10 лет
- детям до 18 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 2-х лет госпитализирован в хирургическое отделение.

Жалобы

На повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, боли в животе, задержку стула до трех дней, снижение аппетита, слабость.

Анамнез заболевания

В течение месяца у ребенка периодически отмечались жалобы на боли в животе, которые проходили самостоятельно. По поводу абдоминального

болевого синдрома ребенок наблюдался хирургом и педиатром, проводилась симптоматическая терапия (креон, но-шпа) без эффекта. В ходе обследования при проведении УЗИ органов брюшной полости выявлено образование в забрюшинном пространстве.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, 2 самостоятельных родов на сроке 39-40 нед. Течение беременности: без осложнений. Вес при рождении 3950 г. Рост 59 см. Раннее излитие околоплодных вод. Закричал сразу. К груди приложен сразу. По шкале Апгар 7/8 баллов. БЦЖ проведено в роддоме. Естественное вскармливание до 1 года 1 мес. Профилактические прививки: по индивидуальному плану.

Объективный статус

Состояние тяжелое за счет болевого и интоксикационного синдрома. Температура $37,7^{\circ}\text{C}$. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, чистые. Отеков нет. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. При аускультации дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стула не было 3 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

К необходимым в данной ситуации наиболее специфичным лабораторным методам исследования относятся

- детям старше 12 мес и/или детям с весом более 10 кг
- детям младше 12 мес и/или детям с весом менее 10 кг
- детям до 10 лет
- детям до 18 лет

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза является

- детям старше 12 мес и/или детям с весом более 10 кг
- детям младше 12 мес и/или детям с весом менее 10 кг
- детям до 10 лет
- детям до 18 лет

Результаты инструментальных методов обследования

В качестве дополнительного метода обследования для оценки распространенности процесса показано проведение

- детям старше 12 мес и/или детям с весом более 10 кг
- детям младше 12 мес и/или детям с весом менее 10 кг
- детям до 10 лет
- детям до 18 лет

Результаты обследования

На основании проведенного обследования можно заподозрить

- гематому левого надпочечника
- адренокортикальный рак
- дисгерминому
- нейробластому

Для окончательного установления диагноза показано выполнение

- гематому левого надпочечника
- адренокортикальный рак
- дисгерминому
- нейробластому

Окончательный диагноз в данном случае

- гематому левого надпочечника
- адренокортикальный рак
- дисгерминому
- нейробластому

Диагноз

Дальнейшей тактикой ведения пациента является проведение

- гематому левого надпочечника
- адренокортикальный рак
- дисгерминому
- нейробластому

Дальнейшей тактикой ведения пациента является

- гематому левого надпочечника
- адренокортикальный рак
- дисгерминому
- нейробластому

Дальнейшей тактикой ведения является

- продолжение индукционной терапии
- протонная терапия
- переход к этапу консолидации – высокодозная полихимиотерапия и ауто-ТГСК
- проведение лучевой терапии

Для профилактики пневмоцистной пневмонии пациентам на период проведения химиотерапии назначают прием

- глюкокортикостероидов
- ко-тримоксазола
- антибиотиков цефалоспоринового ряда
- аминогликозидов

С целью увеличения гранулоцитов в периферической крови в период индуцированной аплазии кроветворения назначают

- препараты Г-КСФ
- трансфузию гранулоцитов
- глюкокортикостероиды
- антибактериальные препараты

Перед каждым курсом полихимиотерапии с доксорубицином необходимо выполнять

- препараты Г-КСФ
- трансфузию гранулоцитов
- глюкокортикостероиды
- антибактериальные препараты

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме мальчик 3 месяцев с наличием подкожных образований (на правой и левой стопе, левом предплечье) и изменениями, выявленными при проведении УЗИ органов брюшной полости: наличие образования правого надпочечника и изменениями структуры печени.

Жалобы

На наличие образований на правой и левой стопе. Самочувствие не страдает.

Анамнез заболевания

С рождения у ребенка отмечалось образование на подошвенной поверхности

правой стопы, которое увеличивалась в динамике. Был установлен предварительный диагноз - гемангиома. Ребенок оставлен под динамическим наблюдением.

Через 4 недели появились аналогичные образования на противоположной стопе и внутренней поверхности левого предплечья. В связи с появлением новых образований выполнено дообследование:

УЗИ мягких тканей: на подошвенной поверхности правой стопы, подкожно, в месте пальпируемой выпуклости визуализируется образование с неровными, нечеткими контурами, средней эхогенности, умеренно неоднородной внутренней структуры. Размеры 17х7 мм, богато васкуляризованное при ЦДК.

УЗИ органов брюшной полости: Размеры долей печени увеличены, по всему срезу паренхимы правой и левой долей определяются множественные очаговые образования неправильной округлой формы с нечеткими контурами, неоднородной изоэхогенной структуры с наличием в отдельных из них кистозных включений, максимальными размерами единичного 12х9 мм, с зарегистрированным кровотоком при ЦДК. В забрюшинном пространстве справа, в проекции правого надпочечника, определяется объемное образование округлой формы с бугристыми контурами, размерами 51х39х48 мм, неоднородной солидной структуры с наличием незначительного кистозного компонента, хорошо васкуляризованное при ЦДК. Смещает почку каудально, структура не изменена. Левый надпочечник увеличен в размерах неоднородной структуры за счет неконкретных зон. ЗАКЛЮЧЕНИЕ:

эхографические признаки объемного образования правого надпочечника.

Множественное очаговое поражение печени. Увеличение левого надпочечника с неоднородностью структуры.

Анамнез жизни

Ребенок от 2-й беременности из двойни (монохориальная, биамниотическая), вторых патологических родов путем кесарева сечения на 37 неделе (1 беременность - мальчик, здоров, на данный момент 4 года). Течение беременности на фоне токсикоза и угрозы прерывания на протяжении всего срока. Масса тела при рождении 2290г., длина тела 47см, по шкале Апгар 8/9 баллов (близнец масса тела 2980г., длина 48см.). Выписан из роддома на 3 сутки с диагнозом: Кавернозная гемангиома правой стопы. Физиологическая незрелость (II из двойни). Грудное вскармливание до 2-х недель, на настоящий момент на искусственном вскармливании. Привит в роддоме – БЦЖ. Наследственность неотягощена.

Объективный статус

Состояние тяжелое по основному заболеванию. Самочувствие удовлетворительное, стабильное. Активен. Не лихорадит. Видимых очагов

инфекции нет. Сон не нарушен. Аппетит сохранен. Реакция на осмотр адекватная в виде двигательного и эмоционального беспокойства. Крик громкий. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности, чистые от высыпаний. На подошвенной стороне правой стопы - образование размерами 3х6х2 см, бледного-розового цвета, безболезненное и не смещаемое при пальпации - в динамике уменьшение в размерах, очаг стал менее плотным. На противоположной стопе аналогичные образования, плотные, не подвижные. В верхней трети левого плеча по медиальной поверхности пальпируется образование округлой формы, однородное, безболезненное, размерами 0.4х0.4х0.5 см, без динамики. Слизистые оболочки ротовой полости розовые, чистые. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Гемодинамика стабильная, показатели в пределах возрастных норм. Носовое дыхание свободное. В легких при аускультации над всей поверхностью выслушивается пуэрильное дыхание, равномерно проводится во все отделы. Хрипы не выслушиваются. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, доступен глубокой пальпации. Срыгиваний нет. На искусственном вскармливании. Усваивает. Печень +2,0 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Мочится в памперс. Моча визуально не изменена. Неврологический статус: общемозговой и очаговой симптоматики на момент осмотра нет. Наружные половые органы по мужскому типу, грыжевых выпячиваний нет. Стул регулярный, кашицеобразный, 5-6 раз в сутки.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- препараты Г-КСФ
- трансфузию гранулоцитов
- глюкокортикостероиды
- антибактериальные препараты

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- препараты Г-КСФ
- трансфузию гранулоцитов
- глюкокортикостероиды
- антибактериальные препараты

Результаты инструментальных методов обследования

Для окончательной постановки диагноза необходимо провести

- препараты Г-КСФ
- трансфузию гранулоцитов
- глюкокортикостероиды
- антибактериальные препараты

Результаты обследования

На основании проведенного обследования может быть установлен диагноз

- препараты Г-КСФ
- трансфузию гранулоцитов
- глюкокортикостероиды
- антибактериальные препараты

Диагноз

В качестве дальнейшей тактики ведения может быть выбрано

- динамическое наблюдение
- проведение лучевой терапии
- оперативное вмешательство по образованию обоих надпочечников
- проведение химиотерапии альтернирующими курсами N5/N6

Методом визуализационного обследования, необходимым при наблюдении за данным пациентом, является

- МРТ нижних конечностей
- УЗИ мягких тканей нижних конечностей
- ПЭТ/КТ с ФДГ
- МРТ органов брюшной полости с контрастным усилением

Учитывая билатеральное поражение надпочечников, данному пациенту дополнительно необходимо провести

- МРТ нижних конечностей
- УЗИ мягких тканей нижних конечностей
- ПЭТ/КТ с ФДГ
- МРТ органов брюшной полости с контрастным усилением

Результаты обследования

Тактикой ведения в отношении подкожных метастатических очагов у данного пациента является

- лучевая терапия
- наблюдение
- проведение резекции всех подкожных метастатических образований
- терапия преднизолоном

У данного пациента в дальнейшем ограничения с выбором профессии

- лучевая терапия
- наблюдение
- проведение резекции всех подкожных метастатических образований
- терапия преднизолоном

Ответ в данном случае трактуется как

- полный
- смешанный
- частичный
- очень хороший частичный

В случае необходимости проведения химиотерапии у данного пациента расчет доз химиопрепаратов проводится

- на килограмм массы тела, умноженный на 1,5
- на килограмм массы тела
- на килограмм массы тела, деленный на 1,5
- на квадратный метр площади поверхности тела

Показатель общей выживаемости для пациентов с нейробластомой 4S стадией составляет

- на килограмм массы тела, умноженный на 1,5
- на килограмм массы тела
- на килограмм массы тела, деленный на 1,5
- на квадратный метр площади поверхности тела

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 3 недель жизни госпитализирован в онкологический стационар с клиникой дыхательной недостаточности, увеличением в размерах живота и

изменениями, выявленными по данным УЗИ органов брюшной полости в виде образования правой почки/надпочечника, гепатомегалии и диффузными изменениями паренхимы печени.

Жалобы

На увеличение живота в размерах, беспокойство, снижение аппетита, частые срыгивания, учащённое дыхание

Анамнез заболевания

На 32 неделе гестации по данным планового УЗИ у плода выявлено - одностороннее образование надпочечника/почки. На 35 неделе при повторном УЗИ отмечено двустороннее поражение надпочечников/почек.

При рождении отмечено увеличение живота в размерах за счет выраженной гепатомегалии. В связи с выраженными респираторными нарушениями, на фоне увеличения живота в объеме (гепатоспленомегалия), неврологической симптоматикой (угнетение ЦНС), метаболическими нарушениями, наличием интоксикации, ребенок находился в отделении интенсивной терапии. С первых суток ИВЛ с дальнейшим переходом на дотацию увлажненного кислорода через маску. По данным УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства выявлены признаки наличия солидного объемного образования левой почки, структурных изменений правого надпочечника, левой доли печени, вероятнее, обусловлены вторичными изменениями.

Проведенная терапия: инфузионная, коррекция электролитных нарушений, антибактериальная, гемотрансфузионная.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, 2 родов (1 - мальчик, 4 года, здоров). Течение беременности на фоне ОРВИ с фебрильной лихорадкой (мама самостоятельно принимала антибактериальные препараты) на сроке 13-14 недель. Роды самостоятельные, в 40 недель. Вес при рождении - 3550 г., рост - 53 см. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. В род.доме не вакцинирована. Естественное вскармливание не проводилось (с рождения на искусственном вскармливании).

Объективный статус

Состояние при поступлении тяжелое по основному заболеванию, за счет дыхательной недостаточности, обусловленной выраженной гепатомегалией.

Самочувствие: страдает за счет дыхательной недостаточности, требующей постоянной дотации кислорода на скорости 2 л/мин. Ребенок во время осмотра плачет. На момент осмотра афебрилен.

Сознание: ребенок в сознании.

Кожа и подкожная клетчатка: иктеричная, чистая от инфекционной и аллергической сыпи, умеренно влажная, теплая. На коже передней стенки брюшной полости расширенная венозная сеть. Тургор кожи снижен. Подкожная

жировая клетчатка развита слабо, распределена равномерно. Видимых отеков нет. Язык и слизистые ротовой полости: розовые, влажные, чистые.

Зев: чистый, не гиперемирован.

Костно-мышечная система: видимой деформации скелета нет. Суставы визуально не изменены, пассивные движения в них в полном объеме. Швы сомкнуты, большой родничок 1x1 см, не напряжен.

Мышечный тонус в верхних и нижних конечностях снижен.

Дыхательная система: носовое дыхание свободное, аускультативно в нижних отделах легких ослаблено. Хрипы не выслушиваются. Умеренно выраженная одышка смешанного характера. Дотация увлажненным O₂ - 2л/мин. Без дотации O₂ сатурация снижается менее 90%.

Сердечно-сосудистая система: область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 140 в мин. Выслушивается систолический шум над поверхностью сердца.

Лимфатические узлы: периферические лимфатические узлы пальпаторно не увеличены.

Живот: увеличен в объеме за счет гепатомегалии, напряжен, при пальпации во всех отделах безболезненный. Перистальтика сохранена.

Печень: пальпируется на уровне малого таза, плотно-эластичная, безболезненная. Селезенка: выступает из-под края правой реберной дуги на 2 см, край плотно-эластичный, безболезненный.

Стул: кашицеобразный, без патологических примесей.

Диурез: не учитывался.

Мочеиспускание: безболезненное, через мочевого катетер. Моча светло-желтая, прозрачная.

Неврологический статус: грубой очаговой симптоматики и менингеальных знаков не выявлено.

Для постановки диагноза необходимыми методами лабораторной диагностики являются

- на килограмм массы тела, умноженный на 1,5
- на килограмм массы тела
- на килограмм массы тела, деленный на 1,5
- на квадратный метр площади поверхности тела

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются

- на килограмм массы тела, умноженный на 1,5

- на килограмм массы тела
- на килограмм массы тела, деленный на 1,5
- на квадратный метр площади поверхности тела

Результаты инструментальных методов обследования

По результатам проведенного обследования можно предположить диагноз

- лимфома Ходжкина
- рабдомиосаркома
- аденокортиальный рак
- нейробластома с билатеральным поражением надпочечников, метастатическим поражением печени и костного мозга (4S стадия по INSS)

Для окончательной постановки диагноза необходимо выполнить

- лимфома Ходжкина
- рабдомиосаркома
- аденокортиальный рак
- нейробластома с билатеральным поражением надпочечников, метастатическим поражением печени и костного мозга (4S стадия по INSS)

Окончательный диагноз у данного пациента

- лимфома Ходжкина
- рабдомиосаркома
- аденокортиальный рак
- нейробластома с билатеральным поражением надпочечников, метастатическим поражением печени и костного мозга (4S стадия по INSS)

Диагноз

Дальнейшей тактикой ведения пациента является

- проведение лучевой терапии
- трансплантация печени
- химиотерапия альтернирующими курсами N5/N6
- экстренное начало химиотерапии

В связи с массивной гепатомегалией у данного пациента может развиваться

- абдоминальный компартмент-синдром
- кишечная непроходимость
- запоры
- гипертонический криз

При развитии у данного больного абдоминального компартмент-синдрома показано

- динамическое наблюдение
- проведение заменного переливания крови
- наложение лапаростомы
- назначение высоких доз глюкокортикоидов

Для оценки ответа на проводимую терапию у данного пациента показано выполнение

- динамическое наблюдение
- проведение заменного переливания крови
- наложение лапаростомы
- назначение высоких доз глюкокортикоидов

Результаты обследования

Дальнейшей тактикой ведения пациента является

- продолжение химиотерапии (проведение 4 курсов по схеме N4)
- динамическое наблюдение
- проведение 6 курсов N5/N6
- проведение дифференцировочной терапии 13-цис-ретиноевой кислотой

У пациентов с нейробластомой и массивным метастатическим поражением печени возможны изменения лабораторных показателей

- ликвора
- уровня гормонов (ТТГ, Т3,Т4)
- коагулограммы
- общего анализа мочи

Наиболее частым побочным эффектом доксорубицина является

- ликвора
- уровня гормонов (ТТГ, Т3,Т4)
- коагулограммы
- общего анализа мочи

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме ребенок 19 месяцев с установленным неврологом диагнозом: синдром опсоклонус-миоклонус.

Жалобы

на повышенную возбудимость, нарушение сна, тремор рук и ног, утрату моторных навыков - перестала самостоятельно сидеть, стоять, ходить, негативно реагирует на медицинский персонал.

Анамнез заболевания

Месяц назад мама заметила беспокойство ребенка при укладывании спать, на следующий день появилась дрожь в конечностях, выраженное беспокойство. Мать связала данное состояние с отсутствием стула, после клизмы ребенок успокоился. Через два дня ребенок перестал ходить. Еще через один день появилось сходящееся косоглазие.

Ребенок был госпитализирован в травматологическое отделение с целью исключения объемного образования головного мозга.

Проведено МРТ головного мозга - органической патологии не выявлено.

Ребенок был осмотрен окулистом – глазное дно без патологии.

* Осмотр невролога. Состояние сознания: ясное, на осмотр реагирует негативно,

* Психо-моторное развитие: не соответствует возрасту, утрата навыков: не сидит, не стоит, не ходит.

* Черепные нервы: зрение ориентировочно не снижено; зрачки средней ширины OS=OD, фотореакция сохранена; движения глаз в полном объеме, периодический опсоклонус глазных яблок, более выраженный при фиксации взора; лицо при плаче симметричное; слух не снижен; глоточные и небные рефлексы живые; голос громкий; язык в полости рта по средней линии.

* Мышечная сила: удовлетворительная

* Мышечный тонус: незначительно диффузно снижен.

* Периостальные и сухожильные рефлексы: вызываются, средней живости, без четкой разницы сторон

* Кожные рефлексы: брюшные: вызываются

* Чувствительность: не нарушена

* Гиперкинезы: единичная миоклония век, выраженный мелкочастотный тремор, усиливающийся при эмоциональной нагрузке в руках и ногах

* Координаторные пробы выполняет: дисметрия в обеих руках, интенционный тремор

* В позе Ромберга: не исследована - астазия абазия

* Расстройство функции тазовых органов: навыки не сформированы.

* Речь: со слов матери - не нарушилась в динамике от начала заболевания

* Менингеальный синдром: отрицательный

* Корешковый синдром: отрицательный

* Основной клинический диагноз:

Опсоклонус миоклонус синдром (энцефалопатия Кинсбурна). Мозжечковый синдром. Подкорковый синдром. По шкале двигательной активности Пранзателли 30 баллов (тяжелая степень) по шкале OMS/DES 11 баллов

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, 1 родов, Течение беременности: без особенностей. Роды: самостоятельные на 39-40 неделе. Вес при рождении 3750 г. Рост 50 см. Естественное вскармливание до 1 мес. Семейный анамнез неотягощен. Аллергоанамнез: неотягощен. Наследственность неотягощена. Травмы, операции – отрицает. Вакцинация по возрасту.

Объективный статус

Состояние - тяжелое по основному заболеванию за счет неврологической симптоматики.

Сознание- ясное.

Самочувствие - страдает за счет неврологической симптоматики. При беспокойстве усиливается тремор конечностей, начинает кусать маму.

Активность снижена. Играть в игрушки. Аппетит сохранен.

Кожные покровы - бледно-розовые. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые.

Костно-мышечная система - без ортопедической патологии.

Органы дыхания - дыхание через нос свободное, отделяемого нет. В легких дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система - тоны сердца ясные, ритмичные. Гемодинамика стабильна.

Пищеварительная система- Живот мягкий, не вздут, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Стул 1 раз за прошедшие сутки, полуоформленный, без патологических примесей.

Мочевыводящая система - диурез не учитывался, мочеиспускание свободное.

Наиболее частой этиологической причиной синдрома опсоклонус-миоклонус является

- нейробластома
- вирус Эбштейн-Барр
- менингококковая инфекция
- медуллобластома

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- нейробластома

- вирус Эбштейн-Барр
- менингококковая инфекция
- медуллобластома

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- нейробластома
- вирус Эбштейн-Барр
- менингококковая инфекция
- медуллобластома

Результаты инструментальных методов обследования

Для окончательной постановки диагноза необходимо провести

- нейробластома
- вирус Эбштейн-Барр
- менингококковая инфекция
- медуллобластома

Результаты обследования

При установленном гистологическом варианте – нейробластома, для оценки метастатического распространения необходимо выполнить

- нейробластома
- вирус Эбштейн-Барр
- менингококковая инфекция
- медуллобластома

Результаты обследования

На основании проведенного обследования и удаления первичной опухоли в объеме 98% может быть установлен диагноз

- нейробластома
- вирус Эбштейн-Барр
- менингококковая инфекция
- медуллобластома

Диагноз

Дальнейшей тактикой ведения пациента является

- лучевая терапия
- химиотерапия альтернирующими курсами N5/N6
- динамическое наблюдение, терапия синдрома опсоклонус-миоклонус
- брахитерапия

Для динамического контроля за нейробластомой пациенту показано выполнение

- ПЭТ/КТ с фтордезоксиглюкозой
- МРТ головы с контрастным усилением
- ЭЭГ
- КТ/МРТ органов брюшной полости и малого таза с контрастным усилением

Вместе с онкологом пациента должен наблюдать

- невролог
- психиатр
- ортопед
- окулист

Для базисной терапии синдрома опсоклоунс-миоконус используют

- противовирусные средства
- нестероидные противовоспалительные препараты
- глюкокортикостероиды
- антибактериальные препараты

В случае если при первичном обследовании нейрогенная опухоль не была выявлена, тактикой ведения больного с синдром опсоклонус-миоклонус является

- проведение скринингового контрольного обследования (КТ/МРТ шеи, ОГК, ОБП и малого таза с контрастным усилением) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведение скринингового контрольного обследования (люмбальная пункция) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза

- проведение скринингового контрольного обследования (МРТ головного мозга) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведение скринингового контрольного обследования (УЗИ органов брюшной полости и рентгенография ОГК) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза

Для нейробластомы в сочетании с синдромом опсоклонус – миоклонус характерно

- проведение скринингового контрольного обследования (КТ/МРТ шеи, ОГК, ОБП и малого таза с контрастным усилением) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведение скринингового контрольного обследования (люмбальная пункция) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведение скринингового контрольного обследования (МРТ головного мозга) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведение скринингового контрольного обследования (УЗИ органов брюшной полости и рентгенография ОГК) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В онкологический стационар поступил ребенок 9 дней жизни с наличием неврологической симптоматики в виде нижней параплегии и выявленным по данным УЗИ образованием забрюшинного пространства с распространением в канал спинного мозга.

Жалобы

На периодическое беспокойство, отсутствие двигательной активности в нижних конечностях.

Анамнез заболевания

Со слов мамы, после родов отсутствовали движения в нижних конечностях. При осмотре выявлено образование мягких тканей спины.

Осмотр невролога – нижняя параплегия без нарушения функции тазовых органов.

По данным УЗИ органов брюшной полости и мягких тканей спины выявлено забрюшинное образование с распространением в мягкие ткани спины и канал спинного мозга.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности (1-я беременность мальчик, 9 лет, здоров), протекавшей без особенностей, роды самостоятельные срочные в 40 недель. Вес при рождении - 3560 г, длина тела - 56 см. По шкале Апгар 7/8 баллов. С рождения отмечено отсутствие движений в нижних конечностях. С рождения на смешанном вскармливании. Вакцинация не проводилась.

Объективный статус

Состояние тяжелое по основному заболеванию за счет неврологической симптоматики. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности, чистые от сыпи. Стенки ротоглотки не гиперемированы. Срыгиваний нет. Сон не нарушен. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, моча светлая. Стул регулярный. Неврологический статус: нижняя параплегия.

Status localis: в области спины отмечается некоторая асимметрия за счет наличия пальпируемого образования в правой поясничной области.

Образование плотное при пальпации, несмещаемое, безболезненное, кожные покровы над образованием не изменены.

Необходимыми данному пациенту лабораторными методами обследования являются

- проведение скринингового контрольного обследования (КТ/МРТ шеи, ОГК, ОБП и малого таза с контрастным усилением) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведение скринингового контрольного обследования (люмбальная пункция) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведение скринингового контрольного обследования (МРТ головного мозга) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведение скринингового контрольного обследования (УЗИ органов брюшной полости и рентгенография ОГК) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза дополнительными методами обследования являются

- проведение скринингового контрольного обследования (КТ/МРТ шеи, ОГК, ОБП и малого таза с контрастным усилением) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведение скринингового контрольного обследования (люмбальная пункция) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведение скринингового контрольного обследования (МРТ головного мозга) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведение скринингового контрольного обследования (УЗИ органов брюшной полости и рентгенография ОГК) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза

Результаты обследования

Предварительный диагноз в данном случае

- саркома Юинга
- нейробластома
- неходжкинская лимфома
- порок развития ЦНС

Для окончательной постановки диагноза необходимо проведение

- саркома Юинга
- нейробластома
- неходжкинская лимфома
- порок развития ЦНС

Результаты обследования

Исходя из результатов обследования, окончательным диагнозом в данном случае является

- саркома Юинга
- нейробластома
- неходжкинская лимфома
- порок развития ЦНС

Диагноз

Дальнейшей тактикой ведения пациента является

- начало химиотерапия альтернирующими курсами N5/N6

- проведение лучевой терапии
- начало химиотерапии (блоки N4 для группы наблюдения в рамках протокола NB-2004)
- проведение протонной терапии

У пациентов с нейробластомой и эпидуральной компрессией за исключением химиотерапии можно использовать

- лучевую терапию
- брахитерапию
- установку резервуара Оммаля с интратекальным введением химиопрепаратов
- нейрохирургическое лечение (ламинотомия, ламинэктомия)

В плане оценки ответа опухоли на химиотерапевтическое лечение необходимо назначить

- лучевую терапию
- брахитерапию
- установку резервуара Оммаля с интратекальным введением химиопрепаратов
- нейрохирургическое лечение (ламинотомия, ламинэктомия)

Дальнейшей тактикой является

- лучевая терапия
- наблюдение
- проведение 4 курсов по схеме N4
- проведение курсов химиотерапии по схеме N5/N6

При проведении нейрохирургического вмешательства наиболее часто развивается

- деформация позвоночника (сколиоз, кифоз, лордоз)
- задержка психомоторного развития
- деформация конечностей
- нарушение динамики ликвора

Частота встречаемости эпидуральной компрессии при нейробластоме составляет +___+ %

- 15
- 10
- 5

- 0,1

Совместно с онкологом наблюдать данного пациента должен

- 15
- 10
- 5
- 0,1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 1 года госпитализирован в отделение детской хирургии онкологического центра с направляющим диагнозом «Злокачественное новообразование правой доли печени»

Жалобы

При поступлении жалобы со стороны мамы на наличие пальпируемого образования брюшной полости.

Анамнез заболевания

Месяц назад мать во время купания ребенка обнаружила пальпаторно образование в брюшной полости справа. Для дальнейшего обследования и лечения пациент направлен в отделение хирургии. По данным УЗИ образование правой доли печени. На предыдущем УЗИ в 3 мес. - без патологии.

Общий анализ крови, биохимический анализ крови без патологии. По месту жительства выполнена пункционная биопсия печени - Гистологическое заключение - Гепатобластома, фетальный - эпителиальный вариант.

По месту жительства уровень онкомаркеров не определялся. Пациент направлен в специализированный онкологический центр для обследования и лечения.

Анамнез жизни

Ребенок от 3 беременности, 2 самостоятельных родов на сроке 41-42 нед. Течение беременности: на фоне токсикоза в 1-м триместре, течения гриппа на сроке 23-25 нед. (госпитализация в инфекционную больницу). Вес при рождении 3210 г. Рост 51 см. Закричал сразу. По шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен сразу. БЦЖ, гепатит В - проведено в роддоме. Естественное вскармливание до 6 мес. Профилактические прививки: по календарю. Перенесенные заболевания: ОРВИ, острый бронхит. Травм и операций в анамнезе нет. Наличие случаев злокачественных опухолей в семье - бабушка со стороны отца (рак молочной железы).

Объективный статус

Самочувствие не страдает, пациент соматически стабилен. Показатели витальных функций: t (градусов Цельсия) 36.7. ЧД (в минуту) 30. ЧСС (уд.в мин) 97. АД сист. (мм.рт.ст) 97. АД диаст. (мм.рт.ст) 65. Положение активное. Менингеальных знаков нет. Очаговая симптоматика не выявляется. Кожа бледно-розовая, без патологических элементов. Визуально костно-мышечная система без особенностей. Дыхание через нос свободное, аускультативно дыхание пуэрильное, проводится над всеми полями легких, патологических шумов нет. Кашля нет. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Живот ассиметричный за счет образования справа. Край печени пальпируется на 9 см. ниже реберной дуги. Живот в доступных пальпации отделах мягкий, доступен глубокой пальпации, перистальтика активная. Физиологические отправления — без патологии.

В комплекс предоперационной лабораторной диагностики входит

- 15
- 10
- 5
- 0,1

Результаты обследования

С целью оценки локализации образования и стадирования по системе Pretext показано выполнение

- 15
- 10
- 5
- 0,1

Результаты обследования

Пациенту выполнено исследование уровня онкомаркеров крови. Специфично для гепатобластомы повышен онкомаркер

- 15
- 10
- 5
- 0,1

Результаты обследования

У данного пациента по результатам УЗИ органов брюшной полости, МСКТ органов брюшной полости с контрастным усилением занимает 3 сектора печени, левый латеральный сектор свободен от опухоли, отдаленные метастазы не выявлены, дополнительные критерии: COE0FOHOMONOPOMO. Уровень АФП превышает норму. Пациент относится к группе + _____ + риска

- очень высокого
- низкого
- стандартного
- высокого

Основным методом лечения, применяемым на первом этапе лечения, для данного пациента является

- комбинированная терапия (лучевая и ПХТ)
- химиотерапия в режиме AV (актиномицин, винкристин)
- химиотерапия по протоколу SIOPEL-3 SR с использованием монотерапии Цисплатином
- радикальное хирургическое вмешательство

Основными методами контроля ответа на предоперационную химиотерапию у пациентов с гепатобластомой является

- общий анализ крови, гемостаз еженедельно
- АФП крови ежедневно
- МРТ печени с гепатоспецифичным препаратом после каждого блока полихимиотерапии
- АФП крови еженедельно и визуализация (УЗИ после второго и четвертого курса терапии)

Трансплантация печени при гепатобластоме

- является операцией выбора при гепатобластоме
- выполняется при крупной опухоли PRETEXT 4 или мультифокальной опухоли PRETEXT 3
- показана при наличии метастазов
- не выполняется у детей

У пациента в динамике отмечено снижение уровня АФП: уменьшение размеров опухоли правой доли печени на 60% по данным УЗИ, МСКТ органов брюшной полости с контрастным усилением, POSTTEXT 3 COE0FOHOMONOPOMO. По данным МСКТ у пациента от опухоли свободен 1,2,3 сегмент печени, левая

печеночная вена не связана с опухолью. В данном случае показано проведение

- левосторонней гемигепатэктомии
- биопсии опухоли печени
- расширенной правосторонней гемигепатэктомии
- трансплантации печени

По результатам гистологического исследования операционного материала получено заключение - гепатобластома, фетальный эпителиальный вариант, индуцированный терапевтический патоморфоз 2 степени, края резекции без опухолевого роста. Следующим этапом лечения пациента является

- наблюдение
- торакотомия с целью ревизии и исключения метастазов легких
- продолжение химиотерапии по протоколу SIOPEL-SR (2 курса цисплатин)
- лучевая терапия

После окончания 2 курсов химиотерапии у пациента по данным контрольного УЗИ органов брюшной полости, Rg органов грудной клетки, МСКТ органов грудной клетки, брюшной полости с контрастным усилением нет признаков остаточной опухоли, появления метастатических очагов. Уровень АФП составил 3,1 нг/мл. Пациенту показано проведение

- метронормальной химиотерапии (Циклофосфан) 1 год
- одного дополнительного блока химиотерапии (Цисплатин)
- лучевой терапии на ложе первичной опухоли
- динамического наблюдения и реабилитации, констатирована клинко-рентгенологическая ремиссия

В связи с риском развития осложнений после проведенной терапии Цисплатином показано регулярное проведение

- осмотра дерматолога в связи с кожной токсичностью
- МРТ головного мозга
- аудиометрии раз в год в связи с риском ототоксичности Цисплатина
- Rg органов грудной клетки в связи с риском пневмосклероза

Выполнение КТ- МРТ-органов брюшной полости с контрастным усилением с целью исключения рецидива показано при

- осмотра дерматолога в связи с кожной токсичностью
- МРТ головного мозга
- аудиометрии раз в год в связи с риском ототоксичности Цисплатина

- Rg органов грудной клеткив связи с риском пневмосклероза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 3 лет в сопровождении матери поступили в федеральный центр нейрохирургии.

Жалобы

на

* снижение зрения в течение последнего месяца.

Анамнез заболевания

Наследственный анамнез со стороны нейрофиброматоза I типа не отягощен. У ребенка с 1,5 месячного возраста по всему телу стали появляться пятна цвета «кофе с молоком». Росла и развивалась по возрасту. Мама заметила, что девочка стала хуже видеть в течение последнего месяца — стала чаще спотыкаться, наткаться на предметы. Офтальмолог по месту жительства обнаружил атрофию обоих зрительных нервов. Направлена в специализированный стационар для дополнительного обследования и выработки тактики лечения.

Анамнез жизни

* Ребенок от 2 беременности, 2 своевременных родов.

* Течение беременности: без особенностей.

* Роды через естественные пути.

* Вес при рождении 3300 г. Рост 52 см.

* Вакцинирована по возрасту.

Объективный статус

При осмотре: состояние удовлетворительное. Сознание ясное, на вопросы отвечает правильно. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимых отеков нет. Видимые слизистые ротовой полости розовые, влажные, чистые. Телосложение нормостеническое. Костно-мышечная система без видимой патологии. Периферической лимфаденопатии не выявлено. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный. Тазовые функции не нарушены. Эндокринная система без видимой патологии.

Неврологический статус: форма черепа симметричная. Лицо симметричное. Движения глазных яблок в полном объеме, безболезненные. Язык по средней

линии. Глоточный рефлекс сохранен. Мышечный тонус удовлетворительный. Рефлексы живые, равные с рук и ног.

Пациентке в первую очередь необходимо выполнить

- осмотра дерматолога в связи с кожной токсичностью
- МРТ головного мозга
- аудиометрии раз в год в связи с риском ототоксичности Цисплатина
- Rg органов грудной клетки в связи с риском пневмосклероза

Результаты обследования

Учитывая клиническую симптоматику и данные МРТ: диффузное объемное образование обоих зрительных нервов, больше в интракраниальном отрезке, хиазмы и зрительных трактов с очагом накопления контрастного вещества в области хиазмы размерами 2,11x1,84x1,96 см перед проведением оперативного вмешательства необходима консультация

- осмотра дерматолога в связи с кожной токсичностью
- МРТ головного мозга
- аудиометрии раз в год в связи с риском ототоксичности Цисплатина
- Rg органов грудной клетки в связи с риском пневмосклероза

Результаты обследования

Для определения наличия метастатического поражения спинного мозга необходимо выполнить

- осмотра дерматолога в связи с кожной токсичностью
- МРТ головного мозга
- аудиометрии раз в год в связи с риском ототоксичности Цисплатина
- Rg органов грудной клетки в связи с риском пневмосклероза

Результаты обследования

Для гистологической верификации опухоли необходимо выполнить

- осмотра дерматолога в связи с кожной токсичностью
- МРТ головного мозга
- аудиометрии раз в год в связи с риском ототоксичности Цисплатина
- Rg органов грудной клетки в связи с риском пневмосклероза

Результаты обследования

Учитывая наличие у ребенка с 1,5 месячного возраста пятен цвета «кофе с молоком» по всему телу и наличие диффузного объемного образования зрительного пути, поражающего оба зрительных нерва наследственным синдромом, который следует заподозрить в данном случае, является

- нейрофиброматоз I типа
- нейрофиброматоз II типа
- синдром Ли-Фраумени
- синдром Ди Георга

Дополнительным обследованием, которое можно провести данному ребенку для подтверждения/опровержения наследственного синдрома нейрофиброматоз I типа, является молекулярно-генетическое исследование для определения мутаций в гене

- нейрофиброматоз I типа
- нейрофиброматоз II типа
- синдром Ли-Фраумени
- синдром Ди Георга

Результаты обследования

Опираясь на результаты обследования, можно поставить диагноз

- нейрофиброматоз I типа
- нейрофиброматоз II типа
- синдром Ли-Фраумени
- синдром Ди Георга

Диагноз

Этой пациентке на первом этапе лечения необходимо провести

- локальную лучевую терапию
- химиотерапию
- симптоматическую терапию (назначение адекватного обезболивания, антибиотикотерапии)
- таргетную терапию

В первой линии лекарственного лечения у этой пациентки должен быть использован

- темозоломид
- винорельбин

- цисплатин и винкристин
- карбоплатин и винкристин

Ответ на полихимиотерапию (ПХТ) режима карбоплатин и винкристин целесообразно оценить на + ___+ неделе полихимиотерапии

- 12
- 81
- 45
- 24

У детей глиомы зрительного пути при нейрофиброматозе I типа развиваются в + ___+ % случаев

- 50
- 100
- 70
- 5

Гистологическим вариантом астроцитомы, который наиболее часто встречается у детей, является

- 50
- 100
- 70
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В онкологическое отделение детской больницы была госпитализирована пациентка 5 лет с подозрением на объемное образование брюшной полости.

Жалобы

на

- * лихорадку,
- * снижение аппетита,
- * рвоту,
- * увеличение размеров живота,
- * боли в животе.

Анамнез заболевания

Две недели назад родственники начали обращать внимание на увеличение

живота, снижение аппетита (за неделю в весе потеряла 1 кг). Ситуация трактовалась как метеоризм, получала симптоматическую терапию дома. Неделю назад присоединился фебрилитет (максимально 38,4⁰С). Ребенок осмотрен участковым педиатром, при пальпации живота выявлено образование в левой половине живота, уходящее в малый таз. Пациентка госпитализирована в стационар.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, 2 самостоятельных родов на сроке 40 недель. Течение беременности: на фоне токсикоза в 1-м триместре. Вес при рождении 3250 г. Рост 54 см. Закричала сразу. К груди приложена сразу. Естественное вскармливание до 1 месяца. Профилактические прививки: по календарю до болезни. Перенесенные заболевания: острая респираторная вирусная инфекция, тонзиллит, аденоиды 2 степени.

Объективный статус

Состояние тяжелое по основному заболеванию, стабильное. Самочувствие страдает за счет беспокойства, фебрилитета, абдоминального болевого синдрома. Сознание ясное, реакция на осмотр негативная. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от инфекционной и аллергической сыпи. Видимые слизистые оболочки влажные, чистые, светлые. Телосложение гиперстеническое, подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Костно-мышечная система без видимой деформации. Периферические лимфоузлы в общих группах не увеличены. Тоны сердца ясные, тахикардия до 120 уд/мин., патологические шумы не выслушиваются. АД 130/80 мм рт. ст. Носовое дыхание свободное, в легких дыхание везикулярное, равномерно проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 21 в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации – в левой фланковой области пальпируется объемное образование нижним полюсом уходящее в малый таз, болезненное. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край безболезненный, плотность нормальная. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Очаговой и неврологической симптоматики нет.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относятся

- 50
- 100
- 70
- 5

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются

- 50
- 100
- 70
- 5

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- 50
- 100
- 70
- 5

Диагноз

В данной клинической ситуации осложнением основного заболевания будет являться

- полисегментарная пневмония
- приобретенный иммунодефицит
- хронические запоры
- артериальная гипертензия

Инициальное лечение при данном типе опухоли подразумевает

- проведение метастазэктомии
- проведение неoadъювантной химиотерапии
- проведение предоперационной лучевой терапии
- проведение нефрэктомии

Длительность и объем предоперационной терапии включают в себя

- проведение неoadъювантной химиотерапии по схеме Винкристин/Актиномицин Д/Доксорубицин 4 недели
- проведение неoadъювантной химиотерапии по схеме Винкристин/Актиномицин Д 6 недель

- проведение неoadъювантной химиотерапии по схеме Винкристин/Актиномицин Д/Доксорубицин 6 недель
- проведение неoadъювантной химиотерапии по схеме Винкристин/Актиномицин Д 4 недели

Объем хирургического лечения после предоперационной терапии включает в себя

- лапаротомию, энуклеацию опухоли
- люмботомию, туморнефруретерэктомию
- лапаротомию, туморнефроуретерэктомию
- метастазэктомию

Если после неoadъювантной химиотерапии проведена туморнефруретерэктомия и по результатам гистологического исследования опухоль не выходила за пределы почечной паренхимы, а также удалена в пределах здоровых тканей, то локальная стадия процесса трактуется как стадия

- 1
- 2
- 3
- 4

Если гистологическое исследование опухоли показало наличие неопластической ткани в состоянии тотального патоморфоза (массивный некроз с обширными кровоизлияниями), то гистологическим типом опухоли и группой риска являются

- тотально-некротизированный тип, группа промежуточного риска
- смешанный тип, группа промежуточного риска
- тотально-некротизированный тип, группа низкого риска
- бластемный тип, группа высокого риска

Учитывая, что диагноз в данном клиническом случае звучит как «нефробластома, гистологически группа низкого риска (тотально некротизированный тип), локальная стадия 1, общая стадия 4 (метастатическое поражение легких), дальнейшая тактика терапии будет зависеть от

- ответа на химиотерапию со стороны метастатических очагов и гистологического типа опухоли
- локальной стадии и возраста пациента

- инициального объема опухоли и ответа на химиотерапию со стороны метастатических очагов
- гистологического типа опухоли, локальной стадии и от ответа на химиотерапию со стороны метастатических очагов

Показанием к проведению локальной лучевой терапии (flank) при нефробластоме является

- локальная стадия I, высокая группа риска
- локальная стадия III, промежуточная группа риска
- локальная стадия II, промежуточная группа риска
- локальная стадия II, низкая группа риска

Кумулятивной дозой доксорубицина, при превышении которой возрастают риски развития кардиомиопатии, является доза в + ____ + мг/м²

- локальная стадия I, высокая группа риска
- локальная стадия III, промежуточная группа риска
- локальная стадия II, промежуточная группа риска
- локальная стадия II, низкая группа риска

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 10 дней. Доставлен в онкологический стационар с нижней параплегией.

Жалобы

на

* отсутствие двигательной активности в нижних конечностях с момента рождения.

Анамнез заболевания

Во время осмотра неонатологом в родовом зале была отмечена параплегия нижних конечностей. Назначили консультацию детского невролога, при осмотре новорождённого подтверждена нижняя параплегия без нарушения функции тазовых органов. Назначено УЗИ органов брюшной полости и мягких тканей спины: забрюшинное образование с распространением в мягкие ткани спины и канал спинного мозга.

Анамнез жизни

Ребенок от 3 беременности (1-я беременность мальчик, 9 лет, здоров, 2-я беременность девочка, 5 лет, здорова), протекавшей без особенностей, роды

самостоятельные срочные на 41 неделе. Вес при рождении - 3250 г, длина тела - 58 см. По шкале Апгар 7/8 баллов. С рождения отмечено отсутствие движений в нижних конечностях. С рождения на смешанном вскармливании. Вакцинация не проводилась.

Объективный статус

Состояние тяжелое по основному заболеванию за счет неврологической симптоматики. Кожные покровы чистые, бледно-розовой окраски, сыпи нет. При пальпации обычной влажности, безболезненные. Слизистые оболочки конъюнктив, носовых ходов, глотки бледно-розовые, чистые, отделяемого нет. Срыгиваний нет. Сон не нарушен. Грудная клетка эластична. Болезненность при пальпации отсутствует. симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Аускультативно: дыхание пуэрильное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. ЧДД 47 в минуту. Аускультация сердца: тоны сердца несколько ослаблены, ритмичные. ЧСС 145 в минуту. АД в пределах возрастной нормы. Живот мягкий, безболезненный. Печень {plus}1 см из-под края реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, моча светлая. Стул регулярный.

Неврологический статус: нижняя параплегия. Status localis: в области спины отмечается некоторая асимметрия за счет наличия пальпируемого образования в правой поясничной области. Образование плотное при пальпации, несмещаемое, безболезненное, кожные покровы над образованием не изменены.

К лабораторным методам диагностики, необходимым в данном случае, относится

- локальная стадия I, высокая группа риска
- локальная стадия III, промежуточная группа риска
- локальная стадия II, промежуточная группа риска
- локальная стадия II, низкая группа риска

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым методам обследования для постановки диагноза относится

- локальная стадия I, высокая группа риска
- локальная стадия III, промежуточная группа риска
- локальная стадия II, промежуточная группа риска
- локальная стадия II, низкая группа риска

Результаты обследования

Предварительным диагнозом в данном случае является

- саркома Юинга
- лимфома Ходжкина
- детский церебральный паралич
- нейробластома

Для подтверждения окончательного диагноза необходимо провести

- саркома Юинга
- лимфома Ходжкина
- детский церебральный паралич
- нейробластома

Результаты обследования

Окончательный диагноз можно сформулировать, как

- саркома Юинга
- лимфома Ходжкина
- детский церебральный паралич
- нейробластома

Диагноз

Дальнейшая тактика состоит в

- инициации химиотерапии (блоки N4 для группы наблюдения в рамках протокола NB-2004)
- инициации лучевой терапии
- проведении протонной терапии
- проведении лучевой терапии с последующей химиотерапией альтернирующими курсами N5/N6

Помимо химиотерапии у пациентов с нейробластомой и эпидуральной компрессией можно использовать

- лучевую терапию
- нейрохирургическое лечение (ламинотомия, ламинэктомия)
- установку резервуара Оммайя с интратекальным введением химиопрепаратов
- брахитерапию

Для оценки ответа опухоли на химиотерапевтическое лечение проводят

- консультацию невропатолога
- МРТ головного мозга с контрастным усилением
- МРТ позвоночника с контрастным усилением и осмотр невролога после каждого курса химиотерапии
- нейросонографию

Дальнейшая тактика, если после проведения двух курсов химиотерапии у пациента отмечено сокращение размеров первичной опухоли на 50%, уменьшение интраканального компонента (по данным контрольной МРТ определяется минимальная инвазия опухоли в позвоночный канал, без компрессии дурального мешка) состоит в

- наблюдении
- инициации лучевой терапии
- продолжении химиотерапии
- проведении хирургического лечения

Возможным осложнением нейрохирургического вмешательства является

- деформация позвоночника (сколиоз, кифоз, лордоз)
- нарушение динамики ликвора
- появление болевого синдрома в будущем
- развитие грыж

Частота встречаемости эпидуральной компрессии при нейробластоме составляет +__+ %

- 0,5
- 5
- 10
- 1

Пациент должен наблюдаться совместно у онколога и

- 0,5
- 5
- 10
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В онкологическое отделение детской больницы была госпитализирована пациентка 2 лет с подозрением на опухоль почки.

Жалобы

на

* дизурические явления,

* примесь крови в моче.

Анамнез заболевания

* Ребенок от 1-й беременности, протекавшей без осложнений. Роды 1-е, срочные, самостоятельные. При рождении масса тела 3570 г, длина 50 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу. К груди приложен в родзале. На грудном вскармливании до 1,5 лет. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. БЦЖ, ВГВ в роддоме. Далее вакцинация по календарю.

* Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ до 1 раза в год.

Анамнез жизни

Дебют заболевания со вчерашнего дня, когда впервые мама отметила у ребенка мочу цвета "мясных помоев". В поликлинике по месту жительства выполнено УЗИ органов брюшной полости по результатам которого заподозрено образование левой почки.

Объективный статус

Состояние тяжелое по основному заболеванию, стабильное. Самочувствие умеренно страдает, ребенок вялый. Сознание ясное, реакция на осмотр адекватная. Кожные покровы обычной окраски, чистые от инфекционной и аллергической сыпи. Видимые слизистые оболочки влажные, чистые, светлые. Телосложение нормостеническое, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Костно-мышечная система – левая половина тела больше правой. Периферические л/у в общих группах не увеличены. Тоны сердца ясные, ЧСС до 140 уд/мин., выслушивается патологический шум на верхушке. АД 100/50 мм рт. ст. Носовое дыхание свободное, в легких дыхание пуэрильное, равномерно проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 28 в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации – в левой фланковой области пальпируется объемное образование нижний край в области мезогастрия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край безболезненный, плотность нормальная. Мочеиспускание безболезненное, частое, моча цвета «мясных помоев». Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Очаговой и неврологической симптоматики нет.

К необходимым лабораторным методам обследования для постановки диагноза относятся

- 0,5
- 5
- 10
- 1

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются

- 0,5
- 5
- 10
- 1

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- 0,5
- 5
- 10
- 1

Диагноз

В данной клинической ситуации осложнением основного заболевания можно предположить наличие

- опухоль-ассоциированного тромбоза
- гломерулонефрита
- пиелонефрита
- артериальной гипертензии

Инициальное лечение при данном типе опухоли подразумевает

- проведение адъювантной химиотерапии
- проведение предоперационной лучевой терапии
- проведение антибактериальной терапии
- проведение неоадъювантной химиотерапии

Длительность и объем предоперационной терапии включает в себя

- проведение неоадъювантной химиотерапии по схеме Винкристин/Актиномицин Д/Доксорубицин 6 недель
- проведение неоадъювантной химиотерапии по схеме Винкристин/Актиномицин Д 6 недель
- проведение неоадъювантной химиотерапии по схеме Винкристин/Актиномицин Д 4 недели
- проведение неоадъювантной химиотерапии по схеме Винкристин/Актиномицин Д/Доксорубицин 4 недели

Объем хирургического лечения после предоперационной терапии включает в себя

- энуклеацию опухоли
- лапаротомию, туморнефруретерэктомию
- лапаротомию, туморадреналнефруретерэктомию
- люмботомию, туморнефруретерэктомию

Если после неоадъювантной химиотерапии проведена туморнефруретерэктомия, и по результатам гистологического исследования опухоль не выходила за капсулу почки, однако прорастала в почечный синус, и удалена в пределах здоровых тканей, то локальной стадией процесса является стадия

- V
- II
- III
- I

Если гистологическое исследование опухоли показало наличие в доставленном материале ткани почки с ростом опухоли, регрессивные изменения в которой составляли до 15% площади, витальная опухоль на 55% была представлена полями бластемы, на 25-30% - примитивными тубулярными и канальцевыми структурами эпителиального компонента, 15-20% составляет строма, а заключение звучало как «нефробластома, смешанный тип», то данный тип опухоли относится к группе

- очень высокого риска
- промежуточного риска
- высокого риска
- низкого риска

Учитывая, что диагноз в данном клиническом случае звучит как «нефробластома, смешанный тип, гистологически группа промежуточного риска, локальная стадия 2», тактикой дальнейшей терапии будет являться

- системная химиотерапия и облучение всей брюшной полости
- системная химиотерапия
- динамическое наблюдение
- системная химиотерапия и локальная лучевая терапия

Схемой дальнейшей адъювантной химиотерапии в данном клиническом случае будет являться схема

- AV1 – винкристин/актиномицин Д, 4 недели
- AVD – винкристин/актиномицин Д/доксорубицин, 27 недель
- AV2 – винкристин/актиномицин Д, 27 недель
- HR – циклофосфамид/доксорубицин/этопозид/карбоплатин, 34 недели

Генетическую предрасположенность к развитию нефробластомы в данном случае можно предположить на основании наличия

- AV1 – винкристин/актиномицин Д, 4 недели
- AVD – винкристин/актиномицин Д/доксорубицин, 27 недель
- AV2 – винкристин/актиномицин Д, 27 недель
- HR – циклофосфамид/доксорубицин/этопозид/карбоплатин, 34 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В стационар госпитализирована девочка 2 месяцев с подозрением на объемное образование правой почки.

Жалобы

Активных жалоб нет.

Анамнез заболевания

С рождения наблюдалась педиатром. В 2 месяца проведено плановое УЗИ органов брюшной полости, выявлено объемное образование правой почки.

Анамнез жизни

* Ребенок от 2 беременности, 2 самостоятельных родов на сроке 38-39 нед. Течение беременности: на фоне обострения хронического пиелонефрита с 33 нед. по 36 нед. Вес при рождении 3200 г. Рост 51 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. Закричал сразу. К груди приложен сразу. Гепатит В, БЦЖ - проведено в

роддоме. Естественное вскармливание до настоящего времени.

* Профилактические прививки: далее мед. отвод.

* Перенесенные заболевания: не было.

Объективный статус

|====

| Рост 55 см | Вес 4.9 кг | t 36.4°C

| ЧДД 30 в мин | ЧСС138 уд. в мин |

|====

Состояние тяжелое по основному заболеванию. Самочувствие удовлетворительное, не страдает. Сознание ясное. Кожа чистая, с мраморным рисунком, умеренно влажная. Тургор тканей сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Отеков нет. Носовое дыхание, свободное, отделяемое: отсутствует. Форма грудной клетки: цилиндрическая. Экскурсия грудной клетки: симметричная. Грудная клетка: не изменена, ригидна. Аускультативно дыхание пуэрильное равномерно проводится по всем полям, хрипов нет. Перкуторный звук: ясный легочный. Кашля, одышки нет. Область сердца не изменена. Границы сердца относительно сердечной тупости, соответствуют возрасту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по правому краю реберной дуги, безболезненная, плотность нормальная. Селезенка не увеличена, безболезненна. Стул: до 6-7 раз в сутки, кашицеобразный, без примесей. Диурез: достаточный со слов матери.

Для установления диагноза и определения тактики лечения пациента к необходимому лабораторному методу обследования относится

- AV1 – винкристин/актиномицин Д, 4 недели
- AVD – винкристин/актиномицин Д/доксорубицин, 27 недель
- AV2 – винкристин/актиномицин Д, 27 недель
- HR – циклофосфамид/доксорубицин/этопозид/карбоплатин, 34 недели

Результаты обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются

- AV1 – винкристин/актиномицин Д, 4 недели
- AVD – винкристин/актиномицин Д/доксорубицин, 27 недель
- AV2 – винкристин/актиномицин Д, 27 недель
- HR – циклофосфамид/доксорубицин/этопозид/карбоплатин, 34 недели

Результаты обследования

На основании полученных результатов визуализации, у пациентки 2 месяцев имеется новообразование, исходящее из правой почки, и дальнейшей предполагаемой тактикой ведения пациентки является

- AV1 – винкристин/актиномицин Д, 4 недели
- AVD – винкристин/актиномицин Д/доксорубицин, 27 недель
- AV2 – винкристин/актиномицин Д, 27 недель
- HR – циклофосфамид/доксорубицин/этопозид/карбоплатин, 34 недели

Локальной стадией процесса (согласно классификации SIOP (Международное общество детских онкологов)) является стадия

- II
- IV
- III
- I

Согласно гистологической классификации SIOP, врожденная мезобластная нефрома относится к

- группе низкого риска
- группе высокого риска
- группе промежуточного риска
- группе очень высокого риска

В данном случае диагноз звучит как

- группе низкого риска
- группе высокого риска
- группе промежуточного риска
- группе очень высокого риска

Диагноз

При лечении врожденной мезобластной нефромы в этом случае объем терапии должен включать

- системную химиотерапию
- энуклеацию опухоли
- локальную лучевую терапию
- радикальное хирургическое вмешательство

С врожденной мезобластной нефромой

- ассоциирована гемигипертрофия
- не ассоциировано генетических синдромов
- ассоциирован синдром Беквита-Видемана
- ассоциирован туберозный склероз

Гистологическим типом врожденной мезобластной нефромы, обладающим наиболее агрессивным течением, является

- смешанный
- стромальный
- классический
- клеточный

Цитогенетической перестройкой, характерной для клеточного гистологического типа врожденной мезобластной нефромы, является

- t(12; 15)
- t(7; 9)
- t(15; 19)
- t(11; X)

Выявляемая цитогенетическая транслокация t(12; 15) при клеточном типе врожденной мезобластной нефроме также характерна для

- инфантильной фибросаркомы
- нефробластомы смешанного типа
- злокачественной рабдоидной опухоли
- нефробластомы, диффузной анаплазии

Средним возрастом возникновения врожденной мезобластной нефромы является возраст

- инфантильной фибросаркомы
- нефробластомы смешанного типа
- злокачественной рабдоидной опухоли
- нефробластомы, диффузной анаплазии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 7-ми лет в сопровождении родителей на приеме у радиотерапевта для определения дальнейшей тактики терапии.

Жалобы

Жалоб нет. Отмечаются участки гиперемии и шелушения кожи в периоральной области.

Анамнез заболевания

В начале заболевания отмечалось повышение температуры до 39⁰С, увеличение шейных, надключичных лимфатических узлов. Обратились к участковому педиатру. Ребенок получил курс антибактериальной терапии, без эффекта. Было заподозрено лимфопролиферативное заболевание (лимфаденопатия, гепатомегалия). Проведена костномозговая пункция (заключение: бласты 0,8%, скопления клеток крупных и средних размеров с грубым хроматином, вакуолизированы) и биопсия надключичного лимфатического узла слева (гистологическое заключение: низкодифференцированная нейробластома).

Компьютерная томография органов грудной клетки и органов брюшной полости: в мягких тканях шеи слева с переходом на заднее средостение отек и свободный воздух, определяется образование размером 50x40x46 мм. В мягких тканях шеи патологически увеличенные лимфатические узлы размером до 12 мм. В заднем средостении лимфатический узел размером 20x19 мм. В проекции правого надпочечника определяется массивное мягкотканное образование с четкими, ровными контурами, размером до 66x62x67 мм. Интимно прилегая к образованию, отмечается конгломерат патологически измененных частично кальцинированных лимфатических узлов в возможной опухолевой ткани, размером не менее 40x78x98 мм. Так же проведены сцинтиграфия с технецием, магнитно-резонансная томография и т.д. Установлен диагноз «Нейробластома правого надпочечника», начата специфическая терапия в рамках группы риска и стадии заболевания в соответствии с протоколом NB-2004.

После 4 курсов терапии проведен аферез периферических стволовых клеток. После 6 курсов терапии выполнен хирургический этап терапии - срединная лапаротомия, туморадреналэктомия.

Результаты сцинтиграфии с МЙБГ: На ОФЭКТ/КТ изображениях определяются патологическое накопление МЙБГ в измененных л/у забрюшинного пространства, расположенных паравертебрально справа на уровне тел L1-L3 позвонков. Заключение: на момент исследования сохраняется патологическое накопление МЙБГ в измененных л/у забрюшинного пространства (расположенных паравертебрально справа на уровне тел L1-L3 позвонков), что свидетельствует о наличии активной специфической ткани нейrogenной природы.

Компьютерная томография органов брюшной полости: В ложе удаленного надпочечника определяется локальный участок уплотнения однородной структуры без признаков накопления контрастного препарата постоперационного характера. Межаортокавально, от уровня правой почечной ножки до уровня бифуркации аорты, сохраняется конгломерат увеличенных патологически измененных лимфатических узлов (остаточная опухоль?), размерами 11x25x88 мм (V=12,6 мл). Слева, визуализируются отдельно расположенные патологически измененные парааортальные лимфатические узлы прежними размерами 6x10 мм.

С учетом стадии заболевания и группы риска проведена высокодозная полихимиотерапия с последующей ауто-ТГСК.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, 1 самостоятельных родов в срок (1-я беременность м/а). Беременность протекала нормально, без особенностей. Вес при рождении 3350 г. Рост 49 см. Закричал сразу. По шкале Апгар 8/9. К груди приложен сразу. БЦЖ, гепатит В - проведено в роддоме. Естественное вскармливание до 7 месяцев.

Профилактические прививки: по Национальному календарю.

Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.

Наследственность: не отягощена.

Объективный статус

Состояние по основному заболеванию тяжелое, стабильное, температура 36,7⁰С. Сознание: ясное. Самочувствие: выражено не страдает. Тошноты и рвоты не наблюдается. Слизистые оболочки конъюнктив, носовых ходов, глотки бледно-розовые, чистые, отделяемого нет. Кожные покровы: бледные, с проявлениями токсидермии в периоральной области. Геморрагического синдрома нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Грудная клетка нормостенической конфигурации, симметричная, равномерно участвует в акте дыхания. Участвия вспомогательной дыхательной мускулатуры не отмечено. Аускультация легких: дыхание везикулярное, проводится по всем полям равномерно, хрипов нет. ЧДД 22 в минуту. Аускультация сердца: тоны сердца ясные, ритмичные. Патологические тоны и шумы, акценты не выслушиваются. При аускультации крупных периферических сосудов патологических тонов и шумов не выявлено. ЧСС – 85 в минуту. АД – 100/65 мм рт. ст. на обеих руках. Пищеварительная система: живот при пальпации мягкий, безболезненный, послеоперационный рубец на передней брюшной стенке состоятельный, без признаков воспаления. Мочевыводящая система: мочеиспускание свободное, безболезненное. Нервная система: очаговой, общемозговой и менингеальной симптоматики на момент осмотра нет. Носитель имплантируемой порт-системы.

К лабораторным тестам, необходимым для определения группы риска и стадирования нейробластомы, относятся

- инфантильной фибросаркомы
- нефробластомы смешанного типа
- злокачественной рабдоидной опухоли
- нефробластомы, диффузной анаплазии

Результаты лабораторных методов обследования

К инструментальным методам, необходимым для стадирования заболевания в данном случае, относятся

- инфантильной фибросаркомы
- нефробластомы смешанного типа
- злокачественной рабдоидной опухоли
- нефробластомы, диффузной анаплазии

Результаты инструментальных методов обследования

На основании полученных данных можно установить диагноз

- инфантильной фибросаркомы
- нефробластомы смешанного типа
- злокачественной рабдоидной опухоли
- нефробластомы, диффузной анаплазии

Диагноз

Тактика ведения этого пациента заключается в проведении

- локальной лучевой терапии и на 14 сутки ауто-ТГСК
- дифференцировочной терапии 13-цис-ретиноевой кислотой и локальной лучевой терапии
- полного курса полихимиотерапии, с последующим назначением локальной лучевой терапией
- 2-х курсов полихимиотерапии по схеме N7 и дифференцировочной терапии 13-цис-ретиноевой кислотой

Показанием для проведения лучевой терапии является наличие

- конгломерата увеличенных патологически измененных лимфатических узлов по данным компьютерной томографии после хирургического лечения

- метастатических МЙБГ-позитивных очагов в надключичной области слева и области средостения при инициальном исследовании
- очагов патологического накопления МЙБГ в области забрюшинного пространства при инициальном исследовании
- очагов патологического накопления МЙБГ в остаточной опухоли забрюшинного пространства после индукционной терапии и хирургического удаления опухоли

Клинический объем мишени (КОМ) включает в себя

- распространение опухоли до хирургического лечения
- остаточную опухоль забрюшинного пространства + 1-2 см с учетом анатомических барьеров
- объем остаточной опухоли после хирургического лечения +5 см с учетом анатомических барьеров
- инициальное распространение опухоли + 1-2 см без учета анатомических барьеров

Суммарная очаговая доза при классическом фракционировании составляет

- 20 - 30 Гр
- до 20 Гр
- более 45 Гр
- 36 - 40 Гр

Проведение лучевой терапии начинается

- до начала дифференцировочной терапии
- после 4 курса дифференцировочной терапии
- после завершения дифференцировочной терапии
- после 1 курса дифференцировочной терапии

Минимальный интервал от момента приема 13-цис-ретиноевой кислоты до начала лучевой терапии составляет + ____ +

- 15 дней
- 10 дней
- 3 дня
- 7 дней

После завершения курса лучевой терапии дифференцировочная терапия возобновляется через + _____ + дней

- 7-10
- 1-7

- 10-15
- 15-20

После ауто-ТГСК пациенту проводится сцинтиграфии с МЙБГ через

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 3 месяца
- 12 месяцев

В первый год диспансерного наблюдения сцинтиграфия с МЙБГ проводится через

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 3 месяца
- 12 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В онкологическое отделение детской больницы была госпитализирована пациентка 5 лет с подозрением на объемное образование брюшной полости.

Жалобы

на

- * лихорадку,
- * снижение аппетита,
- * рвоту,
- * увеличение размеров живота,
- * боли в животе.

Анамнез заболевания

Ребенок от 2 беременности, 2 самостоятельных родов на сроке 40 недель. Течение беременности: на фоне токсикоза в 1-м триместре. Вес при рождении 3250 г. Рост 54 см. Закричала сразу. К груди приложена сразу. Естественное вскармливание до 1 месяца. Профилактические прививки: по календарю до болезни. Перенесенные заболевания: острая респираторная вирусная инфекция, тонзиллит, аденоиды 2 степени.

Анамнез жизни

Две недели назад родственники начали обращать внимание на увеличение живота, снижение аппетита (за неделю в весе потеряла 1 кг). Ситуация

трактовалась как метеоризм, получала симптоматическую терапию дома. Неделю назад присоединился фебрилитет (максимально 38,4⁰С). Ребенок осмотрен участковым педиатром, при пальпации живота выявлено образование в левой половине живота, уходящее в малый таз. Пациентка госпитализирована в стационар.

Объективный статус

Состояние тяжелое по основному заболеванию, стабильное. Самочувствие страдает за счет беспокойства, фебрилитета, абдоминального болевого синдрома. Сознание ясное, реакция на осмотр негативная. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от инфекционной и аллергической сыпи. Видимые слизистые оболочки влажные, чистые, светлые. Телосложение гиперстеническое, подкожная жировая клетчатка развита умеренно. Костно-мышечная система без видимой деформации. Периферические лимфоузлы в общих группах не увеличены. Тоны сердца ясные, тахикардия до 120 уд/мин., патологические шумы не выслушиваются. АД 130/80 мм рт. ст. Носовое дыхание свободное, в легких дыхание везикулярное, равномерно проводится по всем полям, хрипов нет. ЧДД 21 в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации – в левой фланковой области пальпируется объемное образование, нижним полюсом уходящее в малый таз, болезненное. Печень выступает из-под края реберной дуги на 1 см, край безболезненный, плотность нормальная. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Очаговой и неврологической симптоматики нет.

К необходимым лабораторным методам обследования относятся

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 3 месяца
- 12 месяцев

Результаты лабораторных методов обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 3 месяца
- 12 месяцев

Результаты инструментальных методов обследования

На основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- 6 месяцев
- 1 месяц
- 3 месяца
- 12 месяцев

Диагноз

В данной клинической ситуации осложнением основного заболевания будет являться

- артериальная гипертензия
- приобретенный иммунодефицит
- полисегментарная пневмония
- хронические запоры

Инициальное лечение при данном типе опухоли подразумевает

- проведение метастазэктомии
- проведение неоадъювантной химиотерапии
- проведение нефрэктомии
- проведение предоперационной лучевой терапии

Длительность и объем предоперационной терапии включают в себя

- проведение неоадъювантной химиотерапии по схеме Винкристин/Актиномицин Д/Доксорубицин 6 недель
- проведение неоадъювантной химиотерапии по схеме Винкристин/Актиномицин Д 6 недель
- проведение неоадъювантной химиотерапии по схеме Винкристин/Актиномицин Д 4 недели
- проведение неоадъювантной химиотерапии по схеме Винкристин/Актиномицин Д/Доксорубицин 4 недели

Объем хирургического лечения после предоперационной терапии включает в себя

- лапаротомию, энуклеацию опухоли
- люмботомию, туморнефруретерэктомию
- лапаротомию, туморнефруретерэктомию

- метастазэктомия

**Если после неoadъювантной химиотерапии проведена
туморнефруретерэктомия и по результатам гистологического исследования
опухоль не выходила за пределы почечной паренхимы, а также удалена в
пределах здоровых тканей, то локальная стадия процесса трактуется, как
стадия**

- 4
- 3
- 1
- 2

**Если гистологическое исследование опухоли показало наличие
неопластической ткани в состоянии тотального патоморфоза (массивный
некроз с обширными кровоизлияниями), то гистологическим типом опухоли и
группой риска являются**

- тотально-некротизированный тип, группа промежуточного риска
- тотально-некротизированный тип, группа низкого риска
- смешанный тип, группа промежуточного риска
- бластемный тип, группа высокого риска

**Учитывая, что диагноз в данном клиническом случае звучит как
«нефробластома, гистологически группа низкого риска (тотально
некротизированный тип), локальная стадия 1, общая стадия 4
(метастатическое поражение легких), дальнейшая тактика терапии будет
зависеть**

- от инициального объема опухоли и ответа на химиотерапию со стороны метастатических очагов
- от гистологического типа опухоли, локальной стадии и от ответа на химиотерапию со стороны метастатических очагов
- от локальной стадии и возраста пациента
- от ответа на химиотерапию со стороны метастатических очагов и гистологического типа опухоли

**Показанием к проведению локальной лучевой терапии (flank) при
нефробластоме является**

- локальная стадия II, промежуточная группа риска
- локальная стадия I, высокая группа риска
- локальная стадия II, низкая группа риска
- локальная стадия III, промежуточная группа риска

Кумулятивной дозой доксорубицина, при превышении которой возрастают риски развития кардиомиопатии является доза в _____ мг/м²

- локальная стадия II, промежуточная группа риска
- локальная стадия I, высокая группа риска
- локальная стадия II, низкая группа риска
- локальная стадия III, промежуточная группа риска

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В онкологическое отделение детской больницы был госпитализирован пациент 10 мес. с многоузловым образованием брюшной полости.

Жалобы

на

- * увеличение размеров живота в динамике,
- * фебрилитет,
- * примесь крови в моче,
- * нарушение пассажа стула.

Анамнез заболевания

В течение двух недель эпизоды длительного субфебрилитета, купировавшиеся на фоне терапии НПВС. Через неделю присоединились эпизоды макрогематурии, появилась водянка яичек, родители отметили увеличение размеров живота. Обратились к педиатру по месту жительства. Направлены на УЗИ мошонки, УЗИ органов брюшной полости, по результатам – гигантское объемное образование, предположительно исходящее из забрюшинного пространства.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре, мочекаменной болезни (обструкция мочеточника камнями с 35 нед., установка стента), 1 физиологических родов на 39 неделе. Рост 53 см, масса 3600 г. Закричал сразу, к груди приложен в родильном зале. Околоплодные воды прозрачные. Раннее развитие по возрасту. Вскармливание искусственное практически с рождения. Вакцинирован до 6 месяцев согласно национальному календарю, далее - мед. отвод по основному заболеванию.

Объективный статус

Рост - 71 см, вес - 9.4 кг, t - 36.8 ° С, ЧД - 24 в мин., ЧСС – 134 уд. в мин., АД – 120/75 мм рт. ст. Состояние тяжелое по основному заболеванию, за счет явлений интоксикации. Самочувствие страдает на фоне перечисленных выше

жалоб. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, теплые, умеренно влажные, чистые от высыпаний. На коже носа - единичная экскориация. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые от наложений. Определяется минимальная краевая гиперемия небных дужек. Лимфатические узлы - пальпируются поднижнечелюстные. Костно-мышечная система - визуально без изменений. Дыхание через нос не затруднено. Аускультативно в легких дыхание проводится во все отделы, жесткое. Хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные. Отмечается расщепление 1 тона на верхушке. Выслушивается систолический убывающий шум с максимумом в 5 точке аускультации. Живот – увеличен в объеме, окружность 60 см. Размеры печени и селезенки определить невозможно, пальпируется образование, занимающее всю брюшную полость, нижний край в подвздошных областях. Стул с тенденцией к задержке, накануне – после микроклизмы. Стул со слизью, оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, диурез не учитывается. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке, мошонка отечна. Эндокринологический статус визуально без особенностей. Неврологический статус – менингеальной и очаговой мозговой симптоматики при осмотре не выявлено.

К необходимому лабораторному методу обследования относится исследование

- локальная стадия II, промежуточная группа риска
- локальная стадия I, высокая группа риска
- локальная стадия II, низкая группа риска
- локальная стадия III, промежуточная группа риска

Результаты лабораторного метода обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- локальная стадия II, промежуточная группа риска
- локальная стадия I, высокая группа риска
- локальная стадия II, низкая группа риска
- локальная стадия III, промежуточная группа риска

Результаты инструментального метода обследования

На основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- локальная стадия II, промежуточная группа риска
- локальная стадия I, высокая группа риска
- локальная стадия II, низкая группа риска
- локальная стадия III, промежуточная группа риска

Диагноз

В данной клинической ситуации осложнением основного заболевания будут являться

- гломерулонефрит
- повышение внутрибрюшного давления (абдоминальный компартмент-синдром)
- пиелонефрит
- полисегментарная пневмония

Инициальное лечение при данной форме нефробластомы включает (согласно рекомендациям SIOP (Международное общество детских онкологов) проведение

- неoadъювантной химиотерапии
- предоперационной лучевой терапии
- инициальной туморнефруретерэктомии с одной из сторон
- инициальной туморнефруретерэктомии с двух сторон и проведение неoadъювантной химиотерапии по схеме винкристин/доксорубицин

Длительность и объем предоперационной терапии включают в себя

- винкристин/актиномицин Д 12 недель
- винкристин/актиномицин Д минимум 6 недель, но не более 12 недель
- винкристин/актиномицин Д/Доксорубицин 6 недель
- винкристин/актиномицин Д 4 недели

Оптимальный объем хирургического лечения для пациентов с билатеральным поражением почек включает в себя

- туморнефруретерэктомию с обеих сторон
- лапаротомию, органосохранную операцию с обеих сторон
- люмботомию, органосохранную операцию с обеих сторон
- энуклеацию опухоли

Учитывая объем поражения в данном конкретном клиническом случае, наиболее вероятным объемом оперативного вмешательства будет

- туморнефруретерэктомию с обеих сторон
- лапаротомию, органосохранную операцию с обеих сторон
- люмботомию, органосохранную операцию с обеих сторон
- энуклеацию опухоли

Учитывая полученные данные, стадия и группа риска будут звучать, как

- стадия V: справа – стадия III, группа низкого риска; слева – стадия II, группа промежуточного риска
- стадия IV: справа – стадия III, группа высокого риска; слева – стадия I, группа промежуточного риска
- стадия V: справа – стадия III, группа высокого риска; слева – стадия I, группа промежуточного риска
- стадия V: справа – стадия II, группа низкого риска; слева – стадия III, группа промежуточного риска

Учитывая диагноз «билатеральная нефробластома, стадия V: слева – стадия II, группа промежуточного риска; справа - стадия III, группа низкого риска», дальнейшей тактикой будет являться

- динамическое наблюдение
- системная химиотерапия и облучение всей брюшной полости
- системная химиотерапия и локальная лучевая терапия
- системная химиотерапия

Длительность и схема лечения при билатеральной нефробластоме зависит от

- стадии процесса опухоли с более агрессивной гистологией
- наличия опухолевого тромбоза
- возраста пациента
- стадии опухоли с менее агрессивной гистологией

Осложнением применения винкристина является

- стадии процесса опухоли с более агрессивной гистологией
- наличия опухолевого тромбоза
- возраста пациента
- стадии опухоли с менее агрессивной гистологией

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 15 лет пришла с родителями на консультативный прием радиотерапевта.

Жалобы

на

* боли в области правого бедра (до 3-4 баллов по цифровой шкале боли).

Анамнез заболевания

Около 9 месяцев назад появилась болезненность в правом бедре при физической нагрузке. Через 2 месяца боли усилились и стали постоянными, появилась припухлость в области верхней трети правого бедра, при рентгенологическом исследовании выявлено образование в верхней трети правой бедренной кости 9,5х6х5 см (V=212 мл), повышенные уровни СОЭ, ЛДГ, ЩФ, снижение уровня гемоглобина до 100 г/л. В специализированной клинике выполнено комплексное обследование, на основании которого установлен диагноз «Саркома Юинга правой бедренной кости, T2N0M0». Начата ПХТ по схеме VIDE (согласно протоколу EuroEWING 2008). После 5-го курса при контрольном обследовании отмечалась положительная динамика в виде уменьшения первичной опухоли на 47% по сравнению с инициальным исследованием. Всего проведено 6 блоков, без нарушения тайминга. Оперативное лечение в объеме тотального удаления опухоли с одномоментным эндопротезированием тазобедренного сустава, биопсия пахового лимфоузла справа проведено 14 дней назад. По данным гистологического исследования - саркома Юинга с ростом в окружающие мягкие ткани, роста опухолевых клеток в краях резекции и лимфоузлах нет, лечебный патоморфоз 2 степени.

Анамнез жизни

* Ребенок от 1 беременности, 1 самостоятельных срочных родов. Течение беременности: на фоне угрозы прерывания во 2-м триместре. Вес при рождении 3200 г, рост 51 см. Закричала сразу, 10 баллов по шкале Апгар. К груди приложена сразу. БЦЖ проведено в роддоме. Естественное вскармливание до 10 месяцев. Профилактические прививки согласно календарю.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, корь.

Объективный статус

На момент осмотра состояние относительно удовлетворительное, жалобы на болезненность в области оперативного вмешательства. Кожные покровы бледно-розовые, сыпи нет. Послеоперационные раны заживают первичным натяжением, признаков воспаления нет. Лимфоузлы доступные пальпации не увеличены. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень, селезенка

не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны ясные ритмичные. ЧДД 21 в минуту, ЧСС - 84 в минуту. Температура тела 36,5°C.

В данном случае ответ на неоадъювантную терапию оценивается, как

- стабилизация заболевания
- полный ответ
- частичный ответ
- прогрессия заболевания

Неблагоприятными прогностическими факторами у данного пациента являются

- объем инициальной опухоли >200 мл, возраст более 14 лет, повышенные уровни ЛДГ, ЩФ
- увеличение СОЭ, снижение уровня гемоглобина
- объем инициальной опухоли >100 мл, возраст более 10 лет
- размер инициальной опухоли более 8 см, возраст более 5 лет

Категория T2 определена на основании

- размера инициальной опухоли более 8 см
- наличия прорастания в скелетную мускулатуру
- размера инициальной опухоли более 5 см
- размера инициальной опухоли более 5 см, но менее 10 см

Проведение дистанционной лучевой терапии

- не показано, учитывая тотальное удаление опухоли
- не показано, учитывая тотальное удаление опухоли и лечебный патоморфоз 2 степени
- не показано, учитывая размер инициальной опухоли менее 10 см и тотальное удаление опухоли
- показано, учитывая объем первичной опухоли (>200 мл), 2 степень лечебного патоморфоза

Объем GTV должен определяться на основании данных

- инициальных исследований КТ/МРТ
- послеоперационных КТ/МРТ
- обследования, проведенного после 2-го курса полихимиотерапии
- обследования, проведенного после 5-го курса полихимиотерапии

Учитывая локализацию опухоли, отступы на CTV составляют

- 2 см в дистально-проксимальном, 5 см в передне-заднем и медиально-латеральном направлении
- 2 см во всех направлениях
- 5 см в дистально-проксимальном, 2 см в передне-заднем и медиально-латеральном направлении
- 5 см во всех направлениях

Суммарная очаговая доза должна составлять

- не менее 60 Гр
- не менее 45 Гр
- не более 20 Гр
- не более 30 Гр

При проведении дистанционной лучевой терапии у данного пациента вероятно развитие

- гематологической токсичности
- нейротоксичности
- гастро-энтестинальной токсичности
- нефротоксичности

Оценку гематологической токсичности во время лучевой или химиотерапии необходимо проводить

- только при ухудшении состояния пациента
- не реже 1 раза в 2 недели
- только в начале и конце курса лечения
- не реже 1 раза в неделю

По данным общего анализа крови: Лейкоциты $2,5 \times 10^9$ /л; Нейтрофилы – $0,75 \times 10^9$ /л Гемоглобин – 82 г/л; Тромбоциты – 115×10^3 /л. Степень токсичности по RTOG

- 4
- 2
- 1
- 3

Проведение лучевой терапии должно быть прервано при уровне лейкоцитов менее

- $1,0 \times 10^9$ /л
- 2×10^9 /л

- $2,5 \times 10^9$ /л
- $1,5 \times 10^9$ /л

В первый год диспансерного наблюдения проведение радиоизотопного исследования костей должно проводиться

- $1,0 \times 10^9$ /л
- 2×10^9 /л
- $2,5 \times 10^9$ /л
- $1,5 \times 10^9$ /л

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В детскую областную больницу госпитализирован ребенок 8 лет.

Жалобы

на

- * отечность лица и шеи,
- * затруднение дыхания.

Анамнез заболевания

Месяц назад появился кашель, в связи с чем получал симптоматическое лечение ОРВИ – без значимого результата, неделю назад появилась лихорадка до фебрильных цифр – проводилась антибактериальная терапия флемоклавом, на фоне чего появились и стали нарастать отечность лица и шеи, затруднение дыхания. С направительным диагнозом отек Квинке ребенок госпитализирован в стационар.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 самостоятельных родов в срок. Рост 53 см, вес 3300 г. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Профилактические прививки по календарю.
- * Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела $37,2^{\circ}\text{C}$. Самочувствие умеренно страдает за счет жалоб. Пальпируются лимфатические узлы подчелюстные, переднешейные, заднешейные, подмышечные, паховые, не спаянные друг с другом, безболезненные до 1 см. Сознание ясное. Очаговой, менингеальной неврологической симптоматики нет. Кожные покровы бледно-розовые, сухие на ощупь, чистые от сыпи. Геморрагический синдром не выражен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена

равномерно, небольшая пастозность мягких тканей лица, периорбитальные отеки. Подкожная венозная сеть на передней поверхности грудной клетки контурирует. Небольшая сглаженность контуров яремной вырезки. Слизистые оболочки ротовой полости розовые, влажные. Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный, гемодинамика стабильная. АД 102/64 мм рт. ст., ЧСС 84 уд/мин. Носовое дыхание свободно, отделяемого нет. Одышка до 26 ДД/мин. Аускультативно, дыхание с жестким оттенком, множественные грубые проводные хрипы. Кашель частый, малопродуктивный, мокрота вязкая. Тошноты, рвоты нет. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перистальтика активная. Селезёнка не пальпируется. Печень у края реберной дуги. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное, дизурических явлений нет.

Проведенное обследование

Общий клинический анализ крови:

|====

| Показатель | Результат | Единицы измерения | Норма

| лейкоциты | 6,92 | $\times 10^9/\text{л}$ | 6.06-9.85

| гемоглобин | 128 | г/л | 115-145

| тромбоциты | 310 | $\times 10^9/\text{л}$ | 204-350

| абсолютное количество нейтрофилов | 2,39 | $\times 10^9/\text{л}$ | 2.27-5.66

|====

Биохимический анализ крови:

|====

| Показатель | Результат | Единицы измерения | Норма

| Аланинаминотрансфераза | 6 | Ед/л | [0-29]

| Альбумин | 38.6 | г/л | [38-54]

| Альфа-амилаза, общая | 78 | Ед/л | [28-100]

| Панкреатическая амилаза | 25.2 | Ед/л | [0-31]

| Аспартатаминотрансфераза | 23 | Ед/л | [0-48]

| Общий белок | 60 | г/л | [60-80]

| Билирубин общий | 7.5 | мкмоль/л | [0-17]

| Билирубин прямой | 3 | мкмоль/л | [0-3.4]

| Гамма-глутамилтрансфераза | 35 | Ед/л | [0-26]

| Глюкоза | 4.41 | ммоль/л | [3.33-5.55]

| Калий | 4.8 | ммоль/л | [3.5-5.1]

| Кальций ионизированный | 1.17 | ммоль/л | [1.15-1.27]

| Креатинин | 40.8 | мкмоль/л | [0-42]

| Лактатдегидрогеназа | 542 | Ед/л | [0-314]

| Мочевина | 3.8 | ммоль/л | [2.5-6]

| Натрий | 140 | ммоль/л | [136-145]

| С-реактивный белок | 23 | мг/л | [0-5]

|====

Рентгенография грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено, определяется значительное расширение тени средостения, что может соответствовать опухоли тимуса или лимфопролиферативным процессом с поражением вилочковой железы.

Тактика дальнейшего ведения пациента подразумевает

- госпитализацию в стационар для обследования и уточнения диагноза
- антибактериальную терапию в течение 7-10 дней с последующим контролем рентгенографии грудной клетки
- динамическое наблюдение
- физиотерапию

К дополнительным обследованиям в условиях стационара относится

- госпитализацию в стационар для обследования и уточнения диагноза
- антибактериальную терапию в течение 7-10 дней с последующим контролем рентгенографии грудной клетки
- динамическое наблюдение
- физиотерапию

Результаты обследования

На основании проведенного обследования может быть установлен диагноз

- госпитализацию в стационар для обследования и уточнения диагноза
- антибактериальную терапию в течение 7-10 дней с последующим контролем рентгенографии грудной клетки
- динамическое наблюдение
- физиотерапию

Диагноз

Заболевание пациента осложнилось

- плевральным выпотом
- синдромом верхней полой вены
- двусторонней пневмонией
- компрессией спинного мозга

Лечение данного пациента на данном этапе должно заключаться в

- лучевой терапии на пораженную область в суммарную очаговую дозу (СОД) 36 Гр
- риск-адаптированной полихимиотерапии
- терапии низкими дозами метотрексата и 6-меркаптопурином в течение 1 года
- хирургическом удалении образования

В фазу индукционной терапии лимфобластных лимфом используют препараты

- карбоплатин, преднизолон, винкрестин системно
- винкрестин системно, преднизолон эндолюмбально
- винкрестин, L-аспарагиназа, дексаметазон
- преднизолон, винкрестин, антрациклины, L-аспарагиназа - системно

Профилактика поражения центральной нервной системы (ЦНС) у данного пациента включает

- эндолюмбальные введения цитостатиков с увеличением их количества в связи с инициальным поражением ЦНС
- краниальное облучение 30-36 Гр
- динамическое наблюдение без терапии
- эндолюмбальные введения цитостатиков

На 33 день индукционной терапии по данным МСКТ грудной клетки с контрастом отсутствуют доказательства наличия остаточного образования; в костном мозге бластные клетки менее 5% при восстановлении показателей нормального кроветворения, а при исследовании ликвора отсутствуют лимфобласты. В данном случае можно констатировать

- полную ремиссию
- стабилизацию заболевания
- частичную ремиссию
- прогрессию заболевания

Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- завершении специфической терапии
- проведении поддерживающей терапии низкими дозами метотрексата
- продолжении лечения согласно протоколу с добавлением в терапию ритуксимаба
- продолжении лечения согласно протоколу без изменения интенсивности терапии

Частота встречаемости лимфобластных лимфом среди всех неходжкинских лимфом у детей до 18 лет составляет + ____ + %

- 3-5
- 50-70
- 90-95
- 20-25

В понятие В-симптомы входят

- быстрая утомляемость, боли, органомегалия
- дыхательная недостаточность, потливость, лихорадка
- боли в костях, лихорадка
- проливные ночные поты, снижение массы тела больше 10% за шесть месяцев, лихорадка выше 38°C

К критериям инициального поражения ЦНС при Т-лимфобластных лимфомах относится

- быстрая утомляемость, боли, органомегалия
- дыхательная недостаточность, потливость, лихорадка
- боли в костях, лихорадка
- проливные ночные поты, снижение массы тела больше 10% за шесть месяцев, лихорадка выше 38°C

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К педиатру в поликлинику обратилась мама с ребенком 2-х лет, мальчик.

Жалобы

на

- * пальпируемое образование в левой половине живота,
- * повышение температуры тела до 38°C .

Анамнез заболевания

Образование в левой половине живота родители ребенка обнаружили неделю назад, в течение последних 2 дней отмечалось повышение температуры тела до фебрильных цифр с плохим ответом на антипиретическую терапию.

Анамнез жизни

* Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 самостоятельных родов в срок. Рост 52 см, вес 3500 г. Оценка по шкале Апгар

7/8 баллов. Профилактические прививки по календарю.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Температура тела 37,5°C. Самочувствие выражено не страдает. Сознание ясное. Очаговой, менингеальной неврологической симптоматики нет. Кожные покровы бледно-розовые, чистые от сыпи, умеренно влажные. Геморрагический синдром не выражен, представлен единичными экхимозами. Слизистые оболочки ротовой полости розовые, влажные. Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный, гемодинамика стабильная. АД 105/68 мм рт. ст., ЧСС 110/мин. Носовое дыхание свободно, отделяемого нет. Аускультативно в легких дыхание пуэрильное, равномерно проводится по всем полям, хрипы не выслушиваются. ЧДД 28/мин. SatO₂ ~ 98-100%. Тошноты, рвоты нет. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перистальтика активная. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Селезёнка не пальпируется. Печень у края реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное, дизурических явлений нет.

Проведенное обследование

Клинический анализ крови:

|=====

^| Показатель | Результат | Единицы измерения | Норма

| лейкоциты | 2 | $\times 10^9/\text{л}$ | 3.06-9.85

| гемоглобин | 103 | г/л | 110-140

| тромбоциты | 310 | $\times 10^9/\text{л}$ | 204-350

| абсолютное количество нейтрофилов | 0.6 | $\times 10^9/\text{л}$ | 2.27-5.66

|=====

Биохимический анализ крови:

|=====

^| Показатель | Результат | Единицы измерения | Норма

| Аланинаминотрансфераза | 6 | Ед/л | [0-29]

| Альбумин | 41 | г/л | [38-54]

| Аспартатаминотрансфераза | 19 | Ед/л | [0-48]

| Общий белок | 63 | г/л | [60-80]

| Билирубин общий | 13.7 | мкмоль/л | [0-17]

| Билирубин прямой | 5.5 | мкмоль/л | [0-3.4]

| Глюкоза | 4.41 | ммоль/л | [3.33-5.55]

| Калий | 3.8 | ммоль/л | [3.5-5.1]

| Кальций ионизированный | 1.2 | ммоль/л | [1.15-1.27]

| Креатинин | 39 | мкмоль/л | [0-42]

| Лактатдегидрогеназа | 413 | Ед/л | [0-314]

| Мочевина | 4 | ммоль/л | [2.5-6]
| Натрий | 142 | ммоль/л | [136-145]
| С-реактивный белок | 5 | мг/л | [0-5]

|====

Общеклиническое исследование мочи:

|====

| Показатель | Результат | Единицы измерения | Норма

| Цвет | желтый |

| [0-0]

| Прозрачность | прозрачная |

| [0-0]

| Относительная плотность | 1.015 |

| [1.012-1.025]

| pH | 6.5 |

| [5.5-7]

| Белок | 0.2 | г/л | [0-0.1]

| Глюкоза | в норме | ммоль/л | [0-0]

| Кетоны | +- |

| [0-0]

| Уробилиноген | 3+ |

| [0-0]

| Билирубин | не обнаружен |

| [0-0]

| Нитриты | не обнаружены |

| [0-0]

| Эритроциты (осадок мочи) | 0.8 | в пз | [<2]

| Лейкоциты (осадок мочи) | 0.5 | в пз | [<3]

| Плоский эпителий (осадок мочи) | большое кол-во | в пз | [<2]

| Цилиндры гиалиновые (осадок мочи) | большое кол-во | в пз | [<0.1]

| Бактерии (осадок мочи) | 0 | 10³/мл | [<385.8]

|====

УЗИ брюшной полости и почек: почки увеличены, кортико-медуллярная дифференциация не определяется.

Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено, определяется значительное расширение тени средостения.

Тактика дальнейшего ведения пациента подразумевает

- госпитализацию в стационар для обследования и уточнения диагноза

- антибактериальную терапия в течение 7-10 дней с последующим контролем рентгенографии грудной клетки
- пробную терапию глюкокортикостероидами в течение 10-14 дней
- динамическое наблюдение

К дополнительным обследованиям в условиях стационара относится

- госпитализацию в стационар для обследования и уточнения диагноза
- антибактериальную терапия в течение 7-10 дней с последующим контролем рентгенографии грудной клетки
- пробную терапию глюкокортикостероидами в течение 10-14 дней
- динамическое наблюдение

Результаты обследования

На основании проведенного обследования может быть установлен диагноз

- госпитализацию в стационар для обследования и уточнения диагноза
- антибактериальную терапия в течение 7-10 дней с последующим контролем рентгенографии грудной клетки
- пробную терапию глюкокортикостероидами в течение 10-14 дней
- динамическое наблюдение

Диагноз

Дальнейшая тактика терапии данного заболевания заключается в

- госпитализацию в стационар для обследования и уточнения диагноза
- антибактериальную терапия в течение 7-10 дней с последующим контролем рентгенографии грудной клетки
- пробную терапию глюкокортикостероидами в течение 10-14 дней
- динамическое наблюдение

Тактика дальнейшего лечения заключается в

- госпитализацию в стационар для обследования и уточнения диагноза
- антибактериальную терапия в течение 7-10 дней с последующим контролем рентгенографии грудной клетки
- пробную терапию глюкокортикостероидами в течение 10-14 дней
- динамическое наблюдение

Пациенту показано

- госпитализацию в стационар для обследования и уточнения диагноза

- антибактериальную терапию в течение 7-10 дней с последующим контролем рентгенографии грудной клетки
- пробную терапию глюкокортикостероидами в течение 10-14 дней
- динамическое наблюдение

У пациента заболевание в данном случае осложнилось развитием

- анафилактическим шоком на лекарственный препарат
- синдрома острого лизиса опухоли
- септического шока
- острой почечной недостаточностью на фоне мочекаменной болезни

Оптимальная тактика ведения пациента в данной ситуации заключается в

- массивной инфузионной терапии глюкозо-солевыми растворами с защелачиванием, введение расбуриказы, аллопуринола, при ухудшении состояния – гемодиализ
- диагностической лапароскопии с целью исключения острой хирургической патологии
- массивной инфузионной терапии глюкозо-солевыми растворами, комбинированной противомикробной терапии антибиотиками широкого спектра действия
- введении адреналина и лазикса

Среди препаратов, используемых в лечении лимфобластных лимфом, наибольшей нейротоксичностью обладает

- даунорубицин
- карбоплатин
- 6-меркаптопурин
- метотрексат

Частота встречаемости лимфобластных лимфом среди всех неходжкинских лимфом у детей до 18 лет составляет + _____ + %

- 90-95
- 3-5
- 50-70
- 20-25

Риск развития лимфобластных лимфом повышен у детей с

- сердечно-сосудистой патологией
- пороками мочевыделительной системы
- первичными иммунодефицитами, реципиенты солидных органов

- бронхиальной астмой

Для оценки поражения костного мозга при неходжкинских лимфомах у детей показано проведение

- кардиоваскулярной патологией
- пороками мочевыделительной системы
- первичными иммунодефицитами, реципиенты солидных органов
- бронхиальной астмой

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К гематологу обратилась девочка 15 лет.

Жалобы

на

- * боли в правом боку при наклонах туловища,
- * малопродуктивный кашель в течение недели.

Анамнез заболевания

Неделю назад появились и стали нарастать вышеизложенные жалобы.

Осмотрена педиатром, проведен ряд обследований:

Общий клинический анализ крови:

|====

^ Показатель Результат Единицы измерения Норма
лейкоциты 7,65 $\times 10^9$ /л 6.06-9.85
гемоглобин 141 г/л 115-145
тромбоциты 241 $\times 10^9$ /л 204-350
абсолютное количество нейтрофилов 4,83 $\times 10^9$ /л 2.27-5.66

|====

Биохимический анализ крови:

|====

^ Показатель Результат Единицы измерения Норма
Аланинаминотрансфераза 11 Ед/л [0-29]
Альбумин 12.6 г/л [38-54]
Альфа-амилаза, общая 42 Ед/л [28-100]
Панкреатическая амилаза 16.2 Ед/л [0-31]
Аспартатаминотрансфераза 19 Ед/л [0-48]
Общий белок 68 г/л [60-80]
Билирубин общий 7.5 мкмоль/л [0-17]
Билирубин прямой 3 мкмоль/л [0-3.4]

| Гамма-глутамилтрансфераза | 14 | Ед/л | [0-26]
| Глюкоза | 4.41 | ммоль/л | [3.33-5.55]
| Калий | 4.8 | ммоль/л | [3.5-5.1]
| Кальций ионизированный | 1.17 | ммоль/л | [1.15-1.27]
| Креатинин | 40.8 | мкмоль/л | [0-42]
| Лактатдегидрогеназа | 575 | Ед/л | [0-314]
| Мочевина | 3.8 | ммоль/л | [2.5-6]
| Натрий | 140 | ммоль/л | [136-145]
| С-реактивный белок | 1,9 | мг/л | [0-5]
|====

Рентгенография органов грудной клетки: выявлено значительное расширение сердечной тени. Рекомендована консультация гематолога.

Анамнез жизни

* Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 самостоятельных родов в срок. Рост 50 см, вес 3200 г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Профилактические прививки по календарю.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Объективный статус

Состояние при поступлении удовлетворительное. Самочувствие выражено не страдает, одышки, лихорадки нет. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности, чистые от сыпи. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненны при пальпации. Тоны сердца ясные, ритмичные, гемодинамика стабильная. АД 110/68 мм рт. ст., ЧСС 82 уд/мин. Носовое дыхание свободно, отделяемого из носовых ходов нет. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, ослаблено в нижних отделах справа, хрипы не выслушиваются. Одышки нет, сатурация без дотации кислорода 96-97%. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Селезёнка не пальпируется. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, при пальпации край ее плотно-эластической консистенции, безболезненный. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча визуально не изменена. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Очаговой, менингеальной неврологической симптоматики нет.

В план обязательного обследования ребенка входит

- кардиоваскулярной патологией
- пороками мочевыделительной системы
- первичными иммунодефицитами, реципиенты солидных органов
- бронхиальной астмой

Результаты обследования

Для верификации диагноза необходимо провести

- кардиоваскулярной патологией
- пороками мочевыделительной системы
- первичными иммунодефицитами, реципиенты солидных органов
- бронхиальной астмой

Результаты обследования

На основании проведенного обследования может быть установлен диагноз

- кардиоваскулярной патологией
- пороками мочевыделительной системы
- первичными иммунодефицитами, реципиенты солидных органов
- бронхиальной астмой

Диагноз

Оптимальная тактика лечения пациента подразумевает

- кардиоваскулярной патологией
- пороками мочевыделительной системы
- первичными иммунодефицитами, реципиенты солидных органов
- бронхиальной астмой

Заболевание у пациента, наиболее вероятно, осложнилось

- синдромом острого лизиса опухоли
- циститом
- пиелонефритом
- септическим шоком

Оптимальный план лечения данного состояния включает

- синдромом острого лизиса опухоли
- циститом
- пиелонефритом
- септическим шоком

Ответ на терапию может быть оценен, как

- синдромом острого лизиса опухоли
- циститом

- пиелонефритом
- септическим шоком

У данного пациента вероятнее всего развилось/развился

- пневмоцистная пневмония
- рецидив основного заболевания
- отек легких
- бронхиальная астма

Для подтверждения/исключения рецидива лимфомы необходимо провести

- пневмоцистная пневмония
- рецидив основного заболевания
- отек легких
- бронхиальная астма

Результаты обследования

К группе высокого риска при лимфобластных лимфомах относят пациентов

- с II, III и IV стадией по S. Murphy (1980 г.)
- с отсутствием ремиссии на 33 сутки индукционной терапии
- с IV стадией по S. Murphy (1980 г.) и отсутствием ремиссии на 33 сутки индукционной терапии
- с III и IV стадией по S. Murphy (1980 г.)

Пациент с лимфобластной лимфомой переводится в группу высокого риска в случае, если

- на 33-й день индукционной терапии опухоль уменьшилась менее чем на 30% от исходных размеров или увеличилась и если у пациента было инициально поражение костного мозга и / или центральной нервной системы и на 33-й день индукционной терапии полной ремиссии не получено
- объем опухоли инициально более 500 см³
- при исследовании ликвора на 29 день протокола отсутствуют лимфобласты
- на 33-й день индукционной терапии опухоль уменьшилась более чем на 70%

К гематологическим критериям начала блоков полихимиотерапии у пациентов с лимфобластной лимфомой высокой группы риска относится

- на 33-й день индукционной терапии опухоль уменьшилась менее чем на 30% от исходных размеров или увеличилась и если у пациента было изначально поражение костного мозга и / или центральной нервной системы и на 33-й день индукционной терапии полной ремиссии не получено
- объем опухоли изначально более 500 см³
- при исследовании ликвора на 29 день протокола отсутствуют лимфобласты
- на 33-й день индукционной терапии опухоль уменьшилась более чем на 70%

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В приемное отделение детской больницы госпитализирован мальчик 13 лет.

Жалобы

на

- * нарастающую в течение двух недель одышку,
- * быструю утомляемость,
- * сухой навязчивый кашель.

Анамнез заболевания

В связи с вышеуказанными жалобами самостоятельно проводили ингаляции физиологическим раствором – без эффекта. Обратились амбулаторно к педиатру. Проведено обследование:

Общий клинический анализ крови:

|=====

^| Показатель | Результат | Единицы измерения | Норма

| лейкоциты | 7,89 | $\times 10^9$ /л | 6.06-9.85

| гемоглобин | 129 | г/л | 115-145

| тромбоциты | 438 | $\times 10^9$ /л | 204-350

| абсолютное количество нейтрофилов | 5,23 | $\times 10^9$ /л | 2.27-5.66

|=====

Биохимический анализ крови:

|=====

^| Показатель | Результат | Единицы измерения | Норма

| Аланинаминотрансфераза | 8 | Ед/л | [0-29]

| Альбумин | 42.6 | г/л | [38-54]

| Альфа-амилаза, общая | 40 | Ед/л | [28-100]

| Панкреатическая амилаза | 18.2 | Ед/л | [0-31]

| Аспаратаминотрансфераза | 19 | Ед/л | [0-48]

| Общий белок | 68 | г/л | [60-80]
| Билирубин общий | 7.5 | мкмоль/л | [0-17]
| Билирубин прямой | 3 | мкмоль/л | [0-3.4]
| Гамма-глутамилтрансфераза | 14 | Ед/л | [0-26]
| Глюкоза | 4.41 | ммоль/л | [3.33-5.55]
| Калий | 4.8 | ммоль/л | [3.5-5.1]
| Кальций ионизированный | 1.17 | ммоль/л | [1.15-1.27]
| Креатинин | 40.8 | мкмоль/л | [0-42]
| Лактатдегидрогеназа | 574 | Ед/л | [0-314]
| Мочевина | 3.8 | ммоль/л | [2.5-6]
| Натрий | 140 | ммоль/л | [136-145]
| С-реактивный белок | 1,9 | мг/л | [0-5]
|====

Рентгенография органов грудной клетки: значительное расширение сердечной тени, очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено.

Анамнез жизни

* Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 самостоятельных родов в срок. Рост 50 см, вес 3200 г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Профилактические прививки по календарю.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Объективный статус

Состояние при поступлении средней тяжести, стабильное. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы умеренно бледные, чистые от сыпи. Слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Шейные лимфатические узлы с двух сторон единичные до 1 см. Визуально грудная клетка симметрична. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, слева умеренно ослаблено в нижних отделах, хрипы не выслушиваются. ЧДД 28 в минуту, SO_2 без кислорода 93-96%. Тоны сердца ритмичные, громкие, ЧСС 105 в минуту. АД 120/76 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул ежедневный, оформленный. Диурез адекватный, периферических отеков нет.

Для уточнения причины расширения сердечной тени необходимо выполнить

- на 33-й день индукционной терапии опухоль уменьшилась менее чем на 30% от исходных размеров или увеличилась и если у пациента было изначально поражение костного мозга и / или центральной нервной системы и на 33-й день индукционной терапии полной ремиссии не получено
- объем опухоли изначально более 500 см³

- при исследовании ликвора на 29 день протокола отсутствуют лимфобласты
- на 33-й день индукционной терапии опухоль уменьшилась более чем на 70%

Результаты обследования

У ребенка, наиболее вероятно, развилось

- лимфопролиферативное заболевание
- бронхоэктатическая болезнь
- пневмония
- декомпенсация порока сердца

Для уточнения распространенности заболевания необходимо выполнить

- лимфопролиферативное заболевание
- бронхоэктатическая болезнь
- пневмония
- декомпенсация порока сердца

Результаты обследования

Для верификации диагноза в данном случае необходимо выполнить

- лимфопролиферативное заболевание
- бронхоэктатическая болезнь
- пневмония
- декомпенсация порока сердца

Данное гистологическое описание соответствует заболеванию

- анапластическая крупноклеточная ALK-лимфома
- лимфома Ходжкина
- т-лимфобластная лимфома
- в-лимфобластная лимфома

С учетом проведенного обследования у пациента + _____ + стадия заболевания

- третья
- вторая
- первая
- четвертая

В отношении специфической терапии данного заболевания используется/используются

- ОЛЛ-ориентированные риск-адаптированные длительные непрерывные программы полихимиотерапии
- эндолюмбальные введения цитостатиков только пациентам с инициальным поражением ЦНС
- максимальное хирургическое удаление патологических очагов с последующей лучевой терапией на оставшиеся участки в СОД 36 Гр
- длительная терапия метотрексатом и ритуксимабом, как основа лечения

На фоне специфической терапии у ребенка развилось острое нарушение мозгового кровообращения по геморрагическому типу. Причиной данного осложнения послужил препарат

- аспарагиназа
- винкристин
- метотрексат
- даунорубицин

По окончании лечения по результатам контрольного обследования данных за остаточное образование не получено, костный мозг и ЦНС не поражены. Ответ на терапию может быть расценен, как

- очень хороший частичный ответ
- полная ремиссия
- частичная ремиссия
- стабилизация заболевания

Основными иммуногистохимическими маркерами Т-лимфобластной лимфомы являются

- CD19⁺ и/или CD79a⁺; CD20⁺; CD10[±]; Ki 67 ≥ 99%
- TdT, CD1a, cCD3, CD7, CD34 и CD99
- TdT, CD19, PAX5 и cCD79a
- CD20⁺; CD10⁻; Bcl2⁻; Bcl 6⁻; CD19⁺; CD45⁺

Частота встречаемости лимфобластной лимфомы среди неходжкинских лимфом у детей составляет + _____ + %

- 5-10
- 90-95
- 1-2
- 25-30

У ребенка Т-лимфобластная лимфома яичника. В данном случае

+ _____ + стадия заболевания

- 5-10
- 90-95
- 1-2
- 25-30

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В хирургическое отделение детской больницы госпитализирована девочка 7 лет.

Жалобы

на

* боли во рту при приеме пищи.

Анамнез заболевания

Из анамнеза заболевания известно, что данные жалобы появились месяц назад, в связи с чем консультирована педиатром и челюстно-лицевым хирургом – выявлено образование в области мягкого неба.

Проведено обследование:

Общий клинический анализ крови:

|====

^| Показатель | Результат | Единицы измерения | Норма

| лейкоциты | 11,67 | $\times 10^9/\text{л}$ | 6.06-9.85

| гемоглобин | 141 | г/л | 115-145

| тромбоциты | 341 | $\times 10^9/\text{л}$ | 204-350

| абсолютное количество нейтрофилов | 7,35 | $\times 10^9/\text{л}$ | 2.27-5.66

|====

Биохимический анализ крови:

|====

^| Показатель | Результат | Единицы измерения | Норма

| Аланинаминотрансфераза | 8 | Ед/л | [0-29]

| Альбумин | 42.6 | г/л | [38-54]

| Альфа-амилаза, общая | 40 | Ед/л | [28-100]

| Панкреатическая амилаза | 18.2 | Ед/л | [0-31]

| Аспартатаминотрансфераза | 19 | Ед/л | [0-48]

| Общий белок | 68 | г/л | [60-80]

| Билирубин общий | 7.5 | мкмоль/л | [0-17]

| Билирубин прямой | 3 | мкмоль/л | [0-3.4]
| Гамма-глутамилтрансфераза | 14 | Ед/л | [0-26]
| Глюкоза | 4.41 | ммоль/л | [3.33-5.55]
| Калий | 4.8 | ммоль/л | [3.5-5.1]
| Кальций ионизированный | 1.17 | ммоль/л | [1.15-1.27]
| Креатинин | 40.8 | мкмоль/л | [0-42]
| Лактатдегидрогеназа | 315 | Ед/л | [0-314]
| Мочевина | 3.8 | ммоль/л | [2.5-6]
| Натрий | 140 | ммоль/л | [136-145]
| С-реактивный белок | 5 | мг/л | [0-5]
|====

МСКТ головы и шеи с контрастом: определяется мягкотканый компонент в области небной миндалины слева, с распространением на мягкое небо, размерами 33x44x50 мм, $V=38 \text{ см}^3$. Образование полностью перекрывает просвет глотки на уровне С2 позвонка. С обеих сторон определяются многочисленные лимфатические узлы, размерами до 11мм по короткой оси (поднижнечелюстные слева).

Заключение: КТ-картина дополнительного образования небной миндалины слева с распространением на мягкое небо, глоточной миндалины. Увеличенные лимфатические узлы шеи.

Анамнез жизни

Ребенок от 4 беременности, протекавшей без особенностей, 2 самостоятельных родов в срок. Длина 50 см, масса тела 3200г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Профилактические прививки проведены в полном объеме в соответствии с Национальным календарем. Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Объективный статус

Состояние при поступлении: стабильное тяжелое. Не лихорадит. Кожные покровы смуглые, чистые, умеренно влажные. Тургор тканей сохранен. Язык чистый, влажный. Слизистые чистые, розовые, влажные. Отмечается деформация ротовой полости за счет выбухания мягкого неба, больше слева; задняя стенка глотки не просматривается; участок выбухающей слизистой умеренно гиперемирован. Пальпируются увеличенные подчелюстные и передние шейные лимфоузлы, плотные, подвижные, безболезненные. Кожа над ними не изменена. Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание везикулярное, равномерно проводится по всем полям, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень пальпируется по краю реберной дуги, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не нарушены. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики при осмотре не выявили.

Для достоверной верификации диагноза необходимо провести

- 5-10
- 90-95
- 1-2
- 25-30

Результаты обследования

Результаты гистологического исследования соответствует

- лимфоме Беркитта
- т-лимфобластной лимфоме
- в-лимфобластной лимфоме
- анапластической крупноклеточной лимфоме

К обязательным методам обследования, необходимым для уточнения распространенности заболевания, относится

- лимфоме Беркитта
- т-лимфобластной лимфоме
- в-лимфобластной лимфоме
- анапластической крупноклеточной лимфоме

Результаты обследования

На основании проведенного обследования может быть установлен диагноз

- лимфоме Беркитта
- т-лимфобластной лимфоме
- в-лимфобластной лимфоме
- анапластической крупноклеточной лимфоме

Диагноз

К осложнениям, наиболее вероятным на начальном этапе специфической терапии, относится

- токсическая энцефалопатия
- синдром острого лизиса опухоли
- отек легких
- инфекция

Среди лабораторных изменений в сыворотке крови, наиболее вероятных на начальных этапах терапии при массивном распаде опухоли, выделяют

- гиперкалиемию, гиперурикемию, гиперфосфатемию
- гиперкалиемию, гиперурикемию, гипофосфатемию
- гипокалиемию, гиперурикемию, гиперфосфатемию
- гиперкалиемию, гиперурикемию, гиперкальциемию

В качестве специфического лечения в данном клиническом случае необходимо назначить

- хирургическое удаление патологического образования с последующей лучевой терапией на пораженную область в СОД 12 Грей
- лучевую терапию на пораженную область в СОД 36 Грей
- химиотерапию по протоколу NB-2004
- химиотерапию по протоколу B-NHL-2010Mab

После 2 блоков химиотерапии по протоколу B-NHL-2010Mab по данным МСКТ головы и шеи с контрастом отмечается нивелирование объемного образования небной миндалины и увеличенных лимфоузлов шеи, а в костном мозге на морфологическом уровне поражения не было выявлено ни исходно, ни после 2-х блоков терапии. Ответ на терапию может быть определен, как

- стабилизация заболевания
- частичный ответ
- прогрессия заболевания
- полная ремиссия

Последующая терапия в рамках протокола B-NHL-2010Mab должна быть проведена в объеме

- двух блоков химиотерапии с последующей аутотрансплантацией гемопоэтических стволовых клеток
- двух блоков химиотерапии
- динамического наблюдения
- одного блока химиотерапии

Таргетным компонентом протокола в терапии лимфомы Беркитта является

- анти-CD30 (брентуксимаб ведотин)
- анти-CD38 (даратумумаб)
- анти-CD22 (блинатумомаб)
- анти-CD20 (ритуксимаб)

Поражение костного мозга при неходжкинских лимфомах констатируют при наличии в клеточном составе костного мозга

- >25% опухолевых клеток
- >25% и менее 50% опухолевых клеток
- >5, но < 25% опухолевых клеток
- >5% опухолевых клеток

Частота встречаемости неходжкинских зрелых В-клеточных лимфом среди лимфом у детей от 3 до 18 лет + _____ + %

- >25% опухолевых клеток
- >25% и менее 50% опухолевых клеток
- >5, но < 25% опухолевых клеток
- >5% опухолевых клеток

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик, возраст – 2 месяца, поступил в гематологическое отделение.

Жалобы

на

- * кишечные колики,
- * увеличение шейных лимфоузлов.

Анамнез заболевания

Неделю назад заметили увеличение шейных лимфоузлов. По месту жительства в гемограмме выявлен лейкоцитоз до 200 тыс/мкл, бластные клетки.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 1 беременности, 1 родов. Течение беременности на фоне сахарного диабета 1 типа. Роды естественные, срочные. Вес при рождении – 3890 г. Рост – 56 см. БЦЖ и гепатит В – вакцинирован в род.доме. Естественное вскармливание до настоящего момента.
- * Перенесенные инфекции: отсутствуют.

Объективный статус

Рост – 59 см, вес – 5,61 кг. ЧСС – 124/мин, ЧД – 31/мин, SpO₂ – 99%, АД – 101/45, t – 36,3°C.

Состояние тяжелое по заболеванию. Афебрилен. Самочувствие существенно не нарушено. Положение естественное. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы бледные, чистые от сыпи, геморрагического синдрома нет. Слизистые

оболочки розовые, чистые. Костно-мышечная система без видимых пороков и деформаций. Большой родничок выполнен, не напряжен. Пальпируются шейные л/у 15мм в диаметре, плотные, б/б. Тоны сердца ясные, ритмичные, небольшая тахикардия, гемодинамика удовлетворительная. Носовое дыхание свободное. Аускультативно в легких дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы. Хрипов и одышки нет. Аппетит снижен, сосет вяло, мало, не срыгивает. Живот обычной формы и размеров, при пальпации мягкий, б/б. Селезёнка +3 см, печень +2 см. Мочеиспускание не нарушено, диурез недостаточный.

С диагностической целью необходимо назначить

- >25% опухолевых клеток
- >25% и менее 50% опухолевых клеток
- >5, но < 25% опухолевых клеток
- >5% опухолевых клеток

Результаты обследования

Наиболее предпочтительным для костномозговой пункции местом у этого пациента является

- остистый отросток позвонка
- бугристость большеберцовой кости
- грудина
- подвздошный гребень

Для уточнения диагноза необходимо провести

- остистый отросток позвонка
- бугристость большеберцовой кости
- грудина
- подвздошный гребень

Результаты обследования

Предполагаемый основной диагноз

- остистый отросток позвонка
- бугристость большеберцовой кости
- грудина
- подвздошный гребень

Диагноз

Статус ЦНС в этом случае расценивается как

- ЦНС 1
- ЦНС 3
- ЦНС 0
- ЦНС 2

Терапия ОЛЛ начинается с фазы

- лучевой терапии
- консолидации
- индукции
- поддерживающей терапии

Расчет дозы химиопрепаратов у данного ребенка будет проводиться

- на возраст в годах
- на вес пациента в кг
- на возраст в месяцах
- на площадь поверхности тела в m^2

Данному пациенту будет вводиться + ____ + от расчетной дозы химиопрепаратов

- 100%
- $^{2^{\sim}}/^{3^{\sim}}$
- 150%
- $^{1^{\sim}}/^{2^{\sim}}$

Перерасчет площади поверхности тела при лечении ОЛЛ необходимо проводить

- один раз – перед началом терапии
- еженедельно
- перед началом каждого терапевтического элемента
- 1 раз в месяц

Терапию глюкокортикостероидами необходимо начать с

- $^{1^{\sim}}/^{2^{\sim}}$ от суточной дозы
- $^{1^{\sim}}/^{10^{\sim}}$ – $^{1^{\sim}}/^{8^{\sim}}$ от суточной дозы
- $^{1^{\sim}}/^{3^{\sim}}$ от суточной дозы
- полной суточной дозы

Каждые 12 часов в первые дни терапии необходимо контролировать

- показатели ЭКГ
- основные биохимические показатели – мочевины, креатинин, электролиты
- общий анализ мочи
- показатели коагулограммы

В первые дни терапии во избежание повреждения почек продуктами распада клеток необходимо поддерживать pH мочи

- показатели ЭКГ
- основные биохимические показатели – мочевины, креатинин, электролиты
- общий анализ мочи
- показатели коагулограммы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка, 3 года, поступила в гематологическое отделение.

Жалобы

на

- * повышение температуры,
- * носовое кровотечение.

Анамнез заболевания

В течение последнего месяца стала быстро уставать, снизился аппетит. Две недели назад родители заметили, что ребенок побледнел. Три дня назад отмечалось повышение температуры, состояние расценено как ОРВИ, получала противовирусные препараты амбулаторно. Самочувствие улучшилось, но сегодня развилось сильное носовое кровотечение. В частной клинике сдали общий анализ крови (ОАК). В ОАК: Hb – 60 г/л, эритроциты – $2,8 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты – 10×10^9 /л, тромбоциты – 8×10^9 /л; лейкоцитарная формула: сегментоядерные нейтрофилы – 10%, лимф – 10%, бластные клетки – 80%.

Анамнез жизни

- * Мать – 33 года, здорова; отец – 35 лет, сахарный диабет.
- * Ранее развитие – без особенностей, привита по возрасту. В этом году пошла в детский сад, стала часто болеть ОРВИ. Хронических заболеваний не выявлено.

Объективный статус

Состояние тяжелое. Температура – 36,2°C. Самочувствие страдает. Ребенок вялый, очень капризный. В носовых ходах – тампоны, пропитанные кровью. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, множественные петехии и экхимозы на разных стадиях развития. Пальпируются единичные подчелюстные, шейные, подмышечные лимфоузлы – до 0,5-1 см, плотные, безболезненные. Видимых периферических отёков нет.

Носовое дыхание не затруднено. В легких аускультативно дыхание пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧД – 28/мин, ЧСС – 100/мин, АД – 89/59 мм.

Тоны сердца ясные, ритмичные, тахикардия, выслушивается систолический шум на верхушке.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Печень + 1 см, селезёнка – у края реберной дуги.

Физиологические отправления не нарушены. Менингеальные знаков нет.

С диагностической целью необходимо провести

- показатели ЭКГ
- основные биохимические показатели – мочевины, креатинин, электролиты
- общий анализ мочи
- показатели коагулограммы

Результаты обследования

При подозрении на острый лейкоз костный мозг необходимо аспирировать из
+ _____ +

- 4-6 точек
- одной точки
- 3-4 точек
- двух точек

Из дополнительных обследований для уточнения диагноза и выбора тактики терапии необходимо назначить

- 4-6 точек
- одной точки
- 3-4 точек
- двух точек

Результаты обследования

У данного пациента предполагаемый основной диагноз

- 4-6 точек
- одной точки
- 3-4 точек
- двух точек

Диагноз

В результате транслокации (12;21) образуется химерный транскрипт

- MLL-AF4
- TCF3-PBX1
- BCR-ABL1
- ETV6-RUNX1

На данном этапе пациенту показано проведение

- трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
- лучевой терапии
- химиотерапии
- операции

Данному пациенту интратекальная терапия должна проводиться

- начиная с фазы индукции
- после достижения ремиссии
- только в случае рецидива
- на поддерживающей всей полихимиотерапии

Минимальное количество тромбоцитов, допустимое при проведении люмбальной пункции, у данного пациента

- не менее $100 \times 10^9 / \text{л}$
- $10-20 \times 10^9 / \text{л}$
- $20-30 \times 10^9 / \text{л}$
- $40-50 \times 10^9 / \text{л}$

Несмотря на ежедневные трансфузии тромбоцитного концентрата разно групповых по системе АВО в дозе $0,6 \times 10^{11}$ на 10 кг массы тела, у пациента отмечается отсутствие клинически выраженного лечебного эффекта от переливания, а также отсутствие прироста тромбоцитов в ОАК. Отсутствие эффекта от терапии может быть обусловлено

- рефрактерностью больного к трансфузиям тромбоцитов
- трансфузией разнотрупповых по системе АВО донорских тромбоцитов
- недостаточной дозой переливаемых тромбоцитов
- применением химиотерапии

Дальнейшая трансфузионная тактика в отношении коррекции тромбоцитопении у данного пациента заключается в трансфузии

- АВО совместимых донорских тромбоцитов
- концентрата тромбоцитов, заготовленных от доноров-родственников
- тромбоцитного донорского концентрата совместимого по системе Резус
- концентрата тромбоцитов заготовленных методом пулирования

Для выяснения причины тромбоцитопении на фоне трансфузий тромбоконцентрата необходимо назначить

- исследование уровня протромбина
- тромбоэластографию
- скрининг антитромбоцитарных антител
- прямой антиглобулиновый тест

Выявлены антитромбоцитарные антитела анти-НLA класс I. Для трансфузии данному пациенту предпочтительней назначить /продолжить

- исследование уровня протромбина
- тромбоэластографию
- скрининг антитромбоцитарных антител
- прямой антиглобулиновый тест

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В отделение поступила девочка, 15 лет.

Жалобы

на

- * общую слабость,
- * головокружение,
- * периодическую потерю сознания,
- * снижение аппетита,
- * потерю веса (4,5 кг за две недели).

Анамнез заболевания

Дебют заболевания месяц назад, когда появилась общая слабость, снижение аппетита, потеря в весе, синкопальные состояния, в связи с чем обратились к врачу. Девочке проведено обследование, выявившее: лейкоциты $48,6 \times 10^9$ /л, гемоглобин 86 г/л, тромбоциты 89×10^9 /л, бластные клетки 90%, промиелоциты 3%, палочкоядерные нейтрофилы 0%, сегментоядерные нейтрофилы 2%, лимфоциты 3%, моноциты 2%; в активность ЛДГ в сыворотке крови 711 Ед/л. Проводилось лечение: антибактериальная, гемотранфузионная (свежезамороженная плазма, эритроцитная взвесь, тромбоконцентрат) терапия.

Анамнез жизни

* Ребенок от 5 беременностей (1 беременность - мальчик, здоров; 2 - девочка, здорова; 3 - девочка, здорова; 4 - мальчик, здоров). Роды 5, срочные на сроке 39 недель. Течение беременности без особенностей. Масса при рождении 3700 г, рост - мама не помнит. К груди приложена на первые сутки. Естественное вскармливание до 1 года. Росла и развивалась соответственно возрасту. Профилактические прививки по календарю.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ часто, тонзиллит.

* Наследственность: у бабушки по отцовской линии - рак кишечника. По гематологическим заболеваниям неотягощена. Есть сиблинги: брат 23 года, здоров; сестра 21 год, здоров; сестра 20 лет, здорова; брат 17 лет, здоров.

* Аллергоанамнез неотягощен.

Объективный статус

Масса тела 44,5 кг. Рост 162 см. Площадь поверхности тела $1,4 \text{ м}^2$.

Состояние: тяжелое за счет интоксикационного и астенического синдрома.

Самочувствие страдает в объеме жалоб. Отмечается эмоциональная лабильность, девочка не охотно идет на контакт. Сознание ясное. Грубой очаговой и менингеальной симптоматики нет. Положение активное.

Эндокринная система: видимой патологии нет. Телосложение: астеническое.

Кожные покровы: бледные, чистые, умеренно влажные. Геморрагический синдром не выражен. Периферических отеков нет. Слизистые оболочки ротовой полости гиперемированные, язык обложен белым налетом, на небной области отмечается обширная эрозия, сопровождается умеренным болевым синдромом. Миндалины не увеличены, налетов нет. Костно-мышечная система: движения в суставах в полном объеме. Лимфатическая система: периферические лимфатические узлы пальпаторно не увеличены. Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ясные, ритм правильный. ЧСС 86 в минуту. АД 100/60 мм. рт. ст. Гемодинамика стабильная. Органы дыхания: аускультативно в легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. ЧДД 20 в минуту.

Кашля, одышки нет. Пищеварительная система: аппетит отсутствует. Живот при

пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Селезёнка: не пальпируется. Печень: пальпируется +1 см из-под края реберной дуги. Мочевыделительная система: мочеполовая система сформирована по женскому типу. Область почек не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Отсутствие стула 4 сутки. Очаговой неврологической и менингеальной патологии при осмотре не выявлено.

К необходимым лабораторным и инструментальным методам обследования для оценки тяжести состояния ребенка на момент поступления в стационар относится

- исследование уровня протромбина
- тромбоэластографию
- скрининг антитромбоцитарных антител
- прямой антиглобулиновый тест

Результаты обследования

К необходимым исследованиям для верификации диагноза относится

- исследование уровня протромбина
- тромбоэластографию
- скрининг антитромбоцитарных антител
- прямой антиглобулиновый тест

Результаты обследования

На основании проведенного обследования диагноз может быть сформулирован, как

- исследование уровня протромбина
- тромбоэластографию
- скрининг антитромбоцитарных антител
- прямой антиглобулиновый тест

Диагноз

В данном случае пациенту может быть назначена

- лучевая терапия
- комбинированная химиолучевая терапия
- терапия по протоколу ОМЛ для группы промежуточного риска
- трансплантация гемопоэтических стволовых клеток

После первого блока полихимиотерапии в качестве контроля ответа на терапию ребенку необходимо провести

- лучевая терапия
- комбинированная химиолучевая терапия
- терапия по протоколу ОМЛ для группы промежуточного риска
- трансплантация гемопоэтических стволовых клеток

Результаты обследования

Ответ на терапию после первого блока полихимиотерапии в данном случае может быть определен, как

- частичная ремиссия
- рефрактерное течение
- первая клинико-гематологическая и ЦНС - ремиссия
- рецидив

Прогноз данного заболевания определяет

- инициальный уровень лейкоцитов
- инициально выявленный нейрорлейкоз
- стратификация на группы риска по генетическим аномалиям, FAB-классификации, ответ на курс индукционной терапии
- инициальное количество бластных клеток в костном мозге

К наиболее вероятным осложнениям на ранних стадиях терапии у детей с острым миелоидным лейкозом относится

- синдром опухолевого лизиса и инфекционные осложнения в периоде аплазии кроветворения
- периферическая нейропатия
- кардиотоксичность
- нефротоксичность

Тактика дальнейшей терапии в данной ситуации заключается в

- аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
- продолжении полихимиотерапии согласно протоколу ОМЛ
- комбинированной химиолучевой терапии
- аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток

Проведение трансплантации гемопоэтических стволовых клеток при ОМЛ у детей показано

- сразу после консолидирующей полихимиотерапии
- абсолютно, в любые сроки заболевания
- при рефрактерном течении, рецидиве
- вместо консолидирующей полихимиотерапии

Проведение трансплантации гемопоэтических клеток в данной ситуации

- показано после завершения протокола лечения
- показано только в случае достижения ЦНС-ремиссии
- показано при рецидиве заболевания
- не показано

К дополнительным обследованиям, показанным пациенту, учитывая нейрорлейкоз, относится

- показано после завершения протокола лечения
- показано только в случае достижения ЦНС-ремиссии
- показано при рецидиве заболевания
- не показано

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 3 лет был направлен в онкологический центр в отделение онкологии и детской хирургии в связи с наличием образования левого яичка.

Жалобы

на

* увеличение мошонки.

Анамнез заболевания

За 1 месяц до госпитализации родители пациента при купании обнаружили увеличение мошонки слева.

Анамнез жизни

* Ребенок от 3 беременности (1-я в 2005 году разрешилась самостоятельными родами, 2-я в 2007 году мед. аборт), протекавшей на фоне ОРВИ на сроке 9 нед. Роды 2 в срок на 39-40 нед, самостоятельные. Ранний неонатальный период без особенностей. Вес при рождении 3620 г, длина тела 53 см. По шкале Апгар 8/9. Выписаны на 3 сутки. Естественное вскармливание 3 нед. Далее докармливался смесью.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ 3 эпизода с лихорадкой до 38.5С. Прививки по возрасту, до болезни.

Объективный статус

Состояние тяжелое по основному заболеванию, стабильное. Не лихорадит.

Носитель периферического катетера в области левой кисти. Самочувствие видимо не страдает. Сознание ясное. На осмотр реагирует спокойно.

Телосложение нормостеническое. Физическое развитие среднее, гармоничное.

Кожа и подкожная клетчатка. Кожные покровы: физиологической окраски, умеренно влажные, чистые от высыпаний. Геморрагический синдром в виде единичных экхимозов в области голеней на различных этапах разрешения.

Подкожно-жировой слой развит достаточно, распределен равномерно.

Видимых отеков нет.

St.localis: в мошонке объемное образование, плотно-эластичной консистенции, размерами 3 x 1,5 см, безболезненное. Язык и слизистые ротовой полости розовые, влажные, чистые. Язык чистый. Зев не гиперемированный. На мягком небе дефект слизистой с геморрагическим отделяемым без признаков воспаления. Миндалины без наложений. Лимфатические узлы периферические паховые слева до 0,5 см, плотно-эластичные, безболезненные.

Костно-мышечная система без видимой патологии.

Дыхательная система Дыхание через нос не затруднено, отделяемое из носовых ходов скудное - слизистое. Аускультативно в легких дыхание пуэрильное, проводится во все отделы равномерно, хрипы не выслушиваются. Кашель отсутствует. Одышки нет. Сердечно-сосудистая система. Область сердца визуально не изменена. Тоны сердца звучные, ритм правильный.

Патологические шумы не выслушиваются. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги, обычной плотности, безболезненная. Селезенка не пальпируется. Стул ежедневный, до 2-х раз, оформленный, без примесей. Диурез не учитывается. Неврологический статус. Менингеальной и очаговой мозговой симптоматики при осмотре не выявлено. Эндокринологический статус без видимой патологии.

В качестве специфического онкологического маркера показано определение

- показано после завершения протокола лечения
- показано только в случае достижения ЦНС-ремиссии
- показано при рецидиве заболевания
- не показано

Результаты обследования

При подозрении на герминноклеточную опухоль яичка пациенту необходимо провести

- показано после завершения протокола лечения

- показано только в случае достижения ЦНС-ремиссии
- показано при рецидиве заболевания
- не показано

Результаты обследования

В качестве одного из основных инструментальных исследований герминоклеточных опухолей у детей используют

- показано после завершения протокола лечения
- показано только в случае достижения ЦНС-ремиссии
- показано при рецидиве заболевания
- не показано

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза, данных лабораторных и инструментальных исследований, у пациента вероятнее всего

- варикоцеле
- нейробластома
- герминогенно-клеточная опухоль мошонки
- гепатобластома

В качестве обязательного диагностического метода применяют костно-мозговую пункцию или трепанобиопсию не менее чем из

- 3-х точек
- 5-и точек
- 1-й точки
- 2-х точек

С целью исключения метастатического поражения легких показано проведение

- 3-х точек
- 5-и точек
- 1-й точки
- 2-х точек

Результаты обследования

В перечень методов, используемых с целью исключения метастатического поражения костей скелета, а также метастатического поражения головного мозга входит

- 3-х точек
- 5-и точек
- 1-й точки
- 2-х точек

Результаты обследования

Первым этапом лечения в данном клиническом случае является проведение

- хирургического лечения
- открытой диагностической биопсии образования
- частичной резекции опухоли
- неoadъювантной химиотерапии

Следующим этапом лечения пациента является

- адъювантная химиотерапия
- неoadъювантная химиотерапия
- лучевая терапия
- хирургический этап

Верной хирургической тактикой в данном клиническом случае является

- резекция яичка через мошонку
- орхфуникулэктомия из пахового доступа
- орхфуникулэктомия через мошонку
- лапароскопическая ревизия органов брюшной полости

На основе имеющихся данных комплексного обследования и морфологической (Гистологическое заключение: Тотальный патоморфоз опухоли желточного мешка) природы образования лучевая терапия

- не показана
- показана на органы грудной клетки
- проводят на левый фланк живота
- проводится локальное облучение мошонки 15 Гр

Рекомендуемым обследованием после завершения лечения является

- не показана
- показана на органы грудной клетки

- проводят на левый фланк живота
- проводится локальное облучение мошонки 15 Гр

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В отделение гематологии поступил мальчик в возрасте 2 лет.

Жалобы

на

- * гематому в области правого глаза,
- * слабость,
- * утомляемость.

Анамнез заболевания

Болен с начала апреля, когда после травмы появилась гематома в области правого верхнего века, в гемограмме – лейкоциты 27×10^9 /л, бласты 13%, гемоглобин 106 г/л, тромбоциты 180×10^9 /л. В миелограмме – клеточность снижена, костный мозг на 65% инфильтрирован анаплазированными бластными клетками.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 6 беременности, протекавшей на фоне маловодия, 3 срочных самостоятельных родов. Масса тела при рождении 2510 г, длина 52 см. Закричал сразу, к груди приложен сразу. БЦЖ в роддоме. Ранний неонатальный период без особенностей. На грудном вскармливании до 1 мес. Профилактические прививки по Национальному календарю.
- * Перенесенные заболевания: ОРВИ 2 раза в год, бронхит.
- * Операций не было.

Объективный статус

При поступлении состояние тяжелое по основному заболеванию. Температура тела $36,7^{\circ}\text{C}$. ЧСС 125 уд. в мин. АД 96/62 мм рт. ст. ЧД 22 в мин. $\text{SatO}_2 \sim 99\%$. Масса тела 13 кг. Рост 89 см. Физическое развитие соответствует возрасту. Самочувствие не страдает. Телосложение астеническое. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы бледные, чистые. Геморрагический синдром представлен в виде экхимозов на лице (верхнее правое веко, лоб) с птозом правого века, анизокория. Видимые слизистые бледные, влажные, чистые. Гипертрофия миндалин до 2 степени, чистые. Пальпируются подчелюстные лимфоузлы до 1 см. мягко-эластической консистенции, безболезненные, не спаянные между собой и окружающими тканями. Костно-мышечная система без особенностей, костных болей нет, перкуторно и

пальпаторно кости безболезненны. Носовое дыхание свободное, отделяемого нет. В легких дыхание проводится равномерно, везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Appetit сохранен. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Пальпаторно печень +1 см ниже края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Диурез адекватный, моча светлая, прозрачная. Стул, ежедневный, оформленный. Нервная система: очаговой, общемозговой и менингеальной симптоматики не выявлено.

К необходимым лабораторным методам исследования для первичного обследования пациента на момент поступления относится

- не показана
- показана на органы грудной клетки
- проводят на левый фланк живота
- проводится локальное облучение мошонки 15 Гр

Результаты обследования

Необходимым исследованием для верификации диагноза является

- не показана
- показана на органы грудной клетки
- проводят на левый фланк живота
- проводится локальное облучение мошонки 15 Гр

Результаты обследования

На основании проведенного обследования может быть установлен диагноз

- не показана
- показана на органы грудной клетки
- проводят на левый фланк живота
- проводится локальное облучение мошонки 15 Гр

Диагноз

Пациенту необходимо назначить

- сдерживающая терапию б-меркаптопурин, метотрексат, гидроксикарбамид
- лучевую терапию, алло-ТГСК
- фор-фазу дексаметазоном
- терапию по протоколу ОМЛ

К обследованиям, которые необходимо провести пациенту после блока индукции, относится

- сдерживающая терапия 6-меркаптопурин, метотрексат, гидроксикарбамид
- лучевую терапию, алло-ТГСК
- фор-фазу дексаметазоном
- терапию по протоколу ОМЛ

Результаты обследования

С учетом имеющихся результатов обследования ответ на терапию после блока индукции

- полный ответ
- парциальная редукция бластов
- первично рефрактерное течение
- первая клинико-гематологическая ремиссия

Прогноз данного заболевания определяет

- инициальное количество лейкоцитов
- стратификация на группы риска по генетическим аномалиям и FAB-классификации и ответ на курс индукционной терапии
- наличие или отсутствие хлором
- активность ЛДГ

Во время проведения индукции ремиссии у детей с острым миелоидным лейкозом возможно развитие

- анасарки
- пареза кишечника
- токсической энцефалопатии
- синдрома опухолевого лизиса

Тактика интратекальной терапии в данном клиническом случае заключается в

- еженедельных интратекальных введениях цитозара в повышенной дозировке, не менее 3 раз, далее – перед блоками ПХТ + 2 на фоне восстановления после окончания последнего блока
- постановке вентрикуло-перитонеального шунта
- постановке резервуара Омайя и интравентрикулярные введения метотрексата
- исключительно краниальных облучениях без интратекальных введений

Лабораторными признаками синдрома опухолевого лизиса являются

- гипербилирубинемия, азотемия
- гипогликемия, уремия
- уремия, гиперфосфатемия
- гипокалиемия, гипофосфатемия

Проведение трансплантации гемопоэтических клеток в данном случае

- абсолютно показано в кратчайшие сроки
- показано ауто-ПСКК после завершения индукции
- необходимо по завершению терапии
- не показано

Сопроводительную терапию во время проведения терапии индукции ремиссии необходимо проводить в объеме

- абсолютно показано в кратчайшие сроки
- показано ауто-ПСКК после завершения индукции
- необходимо по завершению терапии
- не показано

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 14 лет госпитализирована в отделение детской хирургии онкологического центра с направляющим диагнозом «Злокачественное новообразование правой доли печени».

Жалобы

При поступлении активных жалоб нет.

Анамнез заболевания

Месяц назад появились интенсивные боли в животе, затем появились лихорадка до 38.0°C и жидкий стул. Обратились в больницу по месту жительства. При обследовании по данным ультразвукового исследования и компьютерной томографии выявлено объемное образование правой доли печени. При осмотре гепатомегалия +9 см. При дополнительном обследовании: МСКТ органов брюшной полости от 09.08.18 с контрастным усилением: В сегментах S4,5,6 объемное округлое образование размерами 8,6 x 9,4 x 8,2 см, изоденсивное в нативе, в артериальной, портальной и отсроченной фазах четко визуализируется за счет неоднородной структуры с гиподенсивными участками в центре.

Онкомаркеры: Альфафетопротеин (АФП) 8,15 нг/мл, Хорионический гонадотропин человеческий (ХГЧ) <1,2 МЕ/мл. Для верификации диагноза ребенок направлен в специализированный онкологический центр.

Анамнез жизни

* Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне вульвита. Роды первые в срок на 39-40 неделе, самостоятельные. Ранний неонатальный период без особенностей. Выписаны из роддома на 5-е сутки. Росла и развивалась по возрасту, без задержек. Перенесенные заболевания: острые респираторные вирусные инфекции до 3-х раз в год, ветряная оспа, острые кишечные инфекции часто в раннем возрасте, цистит в 6 лет. Прививки по возрасту.

* Травмы: легкое сотрясение, термический ожог в раннем возрасте.

* Операции: нет.

* Наличие случаев злокачественных опухолей в семье - нет.

Объективный статус

Самочувствие не страдает, пациент соматически стабилен. Показатели витальных функций: t (градусов Цельсия) 36.7. ЧД (в минуту) 18. ЧСС (уд. в мин) 75. АД сист. (мм рт. ст.) 105. АД диаст. (мм рт. ст.) 75. Положение активное. Менингеальных знаков нет. Очаговая симптоматика не выявляется. Кожа бледно-розовая, без патологических элементов. Визуально костно-мышечная система без особенностей. Дыхание через нос свободное, аускультативно дыхание везикулярное, проводится над всеми полями легких, патологических шумов нет. Кашля нет. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Живот ассиметричный за счет образования справа. Край печени пальпируется на 9 см ниже реберной дуги. Живот в доступных пальпации отделах мягкий, доступен глубокой пальпации, перистальтика активная. Физиологические отправления — без патологии.

В комплекс предоперационной лабораторной диагностики для исключения фиброза печени входит определение

- абсолютно показано в кратчайшие сроки
- показано ауто-ПСКК после завершения индукции
- необходимо по завершению терапии
- не показано

Результаты обследования

С целью оценки локализации образования и выявления регионарных и отдаленных метастазов показано проведение

- абсолютно показано в кратчайшие сроки

- показано ауто-ПСКК после завершения индукции
- необходимо по завершению терапии
- не показано

Результаты обследования

Пациенту выполнено исследование уровня онкомаркеров крови. Патогмоничным для гепатоцеллюлярной карциномы является повышение уровня

- абсолютно показано в кратчайшие сроки
- показано ауто-ПСКК после завершения индукции
- необходимо по завершению терапии
- не показано

Результаты обследования

Данной пациентке при отсутствии клинических и лабораторных признаков цирроза печени с целью верификации диагноза необходимо проведение дообследования в объеме

- абсолютно показано в кратчайшие сроки
- показано ауто-ПСКК после завершения индукции
- необходимо по завершению терапии
- не показано

Результаты обследования

Основным методом лечения, применяемым на первом этапе, для данного пациента является

- полихимиотерапия (ПХТ) - PLADO
- хирургическое вмешательство - резекция 5 сегмента печени
- лучевая терапия
- комбинированная терапия (лучевая и ПХТ)

Пациентке выполнена операция, по результатам гистологического исследования подтвержден диагноз фиброламеллярная гепатоцеллюлярная карциномы, края резекции интактны. Следующим этапом лечения является

- назначение Сорафениба
- трансплантация печени
- проведение химиотерапии по протоколу SIOPEL-SR (Цисплатин)
- динамическое наблюдение

Показания к трансплантации печени при гепатоцеллюлярной карциномы у детей должны определяться

- индивидуально на междисциплинарном консилиуме совместно с детским онкологом, детским хирургом, трансплантологом, врачом лучевой диагностики
- отсутствием метастазов во всех случаях
- гистологическим подтипом опухоли
- наличием 2-х и более очагов в печени

У пациентки с гепатоцеллюлярной карциномой после проведения радикальной резекции печени проведение адъювантной терапии

- показано в объеме 2 курсов PLADO
- показано в объеме Сорафениб + Эверолимус
- не рекомендуется
- показано в объеме Регорафениб

Методом терапии с доказанной эффективностью в терапии 1 линии распространенной гепатоцеллюлярной карциномы у взрослых, который также применяется у пациентов детского возраста, является

- трансартериальная химиоэмболизация
- терапия препаратом Сиролимус
- терапия препаратом Сорафениб
- высокодозный метотрексат

У пациентки через 12 мес. после резекции 5 сегмента печени при контрольном наблюдении по данным МСКТ органов грудной клетки с контрастным усилением выявлены множественные очаги в обоих легких, округлой формы, размером от 3 до 5 мм. На первом этапе целесообразно

- проведение метронормной химиотерапии (Циклофосфан) 1 год
- продолжить динамическое наблюдение
- проведение биопсии очагов легких с целью гистологической верификации природы очагов
- проведение лучевой терапии на область легких

При динамическом наблюдении контроль уровня АФП у данной пациентки не целесообразен, потому что

- необходимо определить ХГЧ
- инициально отмечен низкий АФП
- необходимо определять НСЕ

- АФП не является патогномоничным признаком рецидива

После окончания лечения пациенту необходимо проводить контрольное МСКТ органов грудной клетки с контрастным усилением

- необходимо определить ХГЧ
- инициально отмечен низкий АФП
- необходимо определять НСЕ
- АФП не является патогномоничным признаком рецидива

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 3 лет госпитализирован в отделение детской хирургии онкологического центра с направляющим диагнозом «Опухоль желточного мешка малого таза».

Жалобы

При поступлении, со слов матери, жалобы на
* сухой кашель, беспокоящий в течение суток.

Анамнез заболевания

Анамнез заболевания со слов матери пациента: полгода назад у ребенка начались частые ОРВИ. 4 месяца назад – запоры по 2-3 дня, затруднение при дефекации. 3 месяца назад родителями выявлено новообразование в левой ягодичной области. По данным УЗИ от 10.01.20: в полости малого таза слева имеется массивное опухолевое образование 90x56x62 мм с распространением на крестцово-ягодичную зону - визуализируется в подкожной зоне размером 48x45 мм. Ребенок был госпитализирован в областную больницу. АФП– 8009 МЕ/мл. проведена тонкоигольная аспирационная биопсия и трепанобиопсия опухолевого компонента, по данным гистологического заключения: Опухоль желточного мешка. По данным мультиспиральной КТ органов брюшной полости и таза с контрастированием: в пресакральной области малого таза имеется внеорганный массивный опухолевый конгломерат 6x4x5 см с выраженной перифокальной инфильтрацией, одиночные наружные и внутренние подвздошные лимфоузлы слева - размерами до 8 мм с признаками активности (mts?), в толще ягодичных мышц справа отмечается наличие гиперваскулярного узлового образования 7x5 мм - метастаз.

С 17.01.20 начата полихимиотерапия:

1 блок PEI с 17.01.20: цисплатин{plus}этопозид{plus}ифосфамид

2 блок PEI с 07.02.20: цисплатин{plus}этопозид{plus}ифосфамид

3 блок PEI с 02.03.20: цисплатин{plus}этопозид{plus}ифосфамид

АФП от 11.03.20 - 11,4 МЕ/мл.

Ребенок госпитализирован для оперативного этапа лечения.

Анамнез жизни

* Ребенок рожден от 2 беременности двойней (1б – мальчик, здоров), протекавшей на фоне угрозы прерывания на протяжении всей беременности, отеков, анемии беременных. Роды на сроке 28 недель путем экстренного кесарева сечения. 1-я из двойни (другой ребенок по онкологическим заболеваниям здоров). Масса при рождении 890 г, рост 34 см. ИВЛ с рождения более 28 суток жизни. После рождения переведена в ОРИТ, затем в отделение патологии новорожденных (мед. документация не предоставлена). В возрасте 3,5 месяцев жизни была выписана домой. БЦЖ проведено, вакцинация по индивидуальному графику.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ до 15 раз в год, острая пневмония, ротавирусная инфекция. Наблюдение специалистов: невролог – гипоксически-ишемическое поражение ЦНС; наблюдается у педиатра в связи с последствиями бронхо-легочной дисплазии.

* Гемотрансфузионный анамнез: в раннем неонатальном периоде трансфузия свежезамороженной плазмы – без осложнений, год назад – трансфузия тромбоконцентрата и эритроцитарной массы – без осложнений.

* Семейный анамнез: прабабушка со стороны матери – рак желудка и 12-перстной кишки; двоюродная тетя со стороны матери – лимфома; прадед со стороны матери – рак простаты.

Объективный статус

Самочувствие страдает за счет имеющихся жалоб, пациент соматически стабилен. Показатели витальных функций: t (градусов Цельсия) 36.5. ЧД (в минуту) 28. ЧСС (уд. в мин) 82. АД сист. (мм рт. ст.) 90. АД диаст. (мм рт. ст.) 60. Положение активное. Менингеальных знаков нет, очаговая симптоматика не выявляется. Кожа обычной окраски, без патологических высыпаний. Визуально костно-мышечная система без особенностей. Дыхание через нос свободное, аускультативно дыхание везикулярное, проводится над всеми полями легких, патологических шумов нет. Кашля нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Живот асимметричный за счет пальпируемого образования, при пальпации не вздут, мягкий, безболезненный во всех отделах, перистальтика активная. Физиологические отправления в норме.

Status localis: в левой ягодичной области послеоперационный рубец (трепанобиопсия), дополнительные образования не пальпируются.

В комплекс первичной лабораторной диагностики входит

- необходимо определить ХГЧ
- инициально отмечен низкий АФП
- необходимо определять НСЕ
- АФП не является патогномоничным признаком рецидива

Результаты обследования

В комплекс инструментальной диагностики входит

- необходимо определить ХГЧ
- инициально отмечен низкий АФП
- необходимо определять НСЕ
- АФП не является патогномоничным признаком рецидива

Результаты обследования

В качестве основного диагностического метода для постановки диагноза герминогенно-клеточная опухоль (ГКО) и начала химиотерапии без гистологической верификации диагноза используется

- определение уровня альфа-фетопротеина (АФП) в крови
- ректороманоскопия
- рентгенография костей таза в прямой и боковой проекции
- магнитно-резонансная томография крестцово-копчиковой области

При диссеминированных стадиях заболевания герминогенно-клеточная опухоль (ГКО) крестцово-копчиковой области, в качестве одного из методов исследования, рекомендовано провести пациенту

- пункционную биопсию костного мозга
- бронхо-альвеолярный лаваж с целью поиска опухолевых клеток
- эхоэнцефалографию
- нейросонографию

Оперативное удаление опухоли крестцово-копчиковой области может быть первым терапевтическим шагом

- при размерах первичной опухоли не больше 2 см и наличии отдаленных метастазов только в легкие
- в случае локального опухолевого процесса при возможности полной резекции опухоли
- в случае, если после операции пациенту возможно проведение лучевой терапии

- при опухолях любых размеров, в случае отсутствия неврологического дефицита по данным нейромиографии

В случае оперативного вмешательства при герминогенно-клеточной опухоли (ГКО) крестцово-копчиковой области

- операция проводится с использованием дорзального доступа с резекцией копчиковых позвонков вместе с опухолью единым блоком, с отступом от края опухоли по здоровым тканям, без разрыва капсулы опухоли
- недопустимо использование трансабдоминального доступа при опухоли по типу песочных часов, вследствие риска диссеминации опухолевых клеток по брюшной полости и полости малого таза
- необходимо выполнение операции по экзентерации таза при инфильтрации опухолью стенки мочевого пузыря и стенки прямой кишки
- допустимо удаление опухоли без инфильтрированного ею кожного покрова крестцово-копчиковой области, для лучшего заживления послеоперационной раны сложной локализации

Предоперационная полихимиотерапия (ПХТ) у пациента должна проводиться по схеме

- 4 курса ПХТ по схеме N4 (Винкристин, Доксорубин, Циклофосфамид)
- 4 курса химиотерапии по схеме ICE (Ифосфамид, Карбоплатин, Этопозид)
- 3 курса химиотерапии по схеме PEI (Цисплатин, Этопозид, Ифисфамид); у пациентов с далеко зашедшими стадиями возможно проведение дополнительного 4-го курса химиотерапии по схеме PEI
- 3 курса химиотерапии по схеме VAC (Винкристин, Дактиномицин, Циклофосфамид)

В случае интраоперационного разрыва капсулы опухоли или неполной резекции опухоли, и при сохраняющейся активности опухоли пациент должен быть рассмотрен как кандидат на проведение

- дополнительных 4 курсов химиотерапии по схеме PEI (Цисплатин, Этопозид, Ифисфамид) с последующим проведением трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
- 5 курсов химиотерапии по схеме JEB (по протоколу UKCCSG GCII – Карбаплатин, Этопозид, Блеомицин)
- лучевой терапии крестцово-копчиковой области и таза суммарной очаговой дозой 54 Гр
- дополнительных 3-х курсов химиотерапии по схеме PEI (Цисплатин, Этопозид, Ифисфамид) с последующей second-look операцией

Одним из эффективных методов локального контроля при рецидиве герминогенно-клеточной опухоли с поражением брюшной полости является проведение

- MIBG-терапии
- лучевой терапии зоны опухолевого поражения суммарной очаговой дозой 54 Гр
- 2-х курсов полихимиотерапии по схеме PE (цисплатин, этопозид)
- региональной гипертермии с введением платиносодержащих препаратов

Критериями стабилизации заболевания являются

- сокращение суммарного объема опухоли во всех очагах менее 50%; отсутствие прогрессии в любом из очагов поражений, отсутствие данных о появлении новых опухолевых очагов; концентрация опухолевых маркеров не изменилась, или снизилось.
- сокращение суммарного объема опухоли во всех очагах более 95%, нивелирование вторичных очагов, нормализация концентрации опухолевых маркеров
- увеличение объема любого опухолевого очага выше 25%, и/или появление новых очагов; повышение концентрации опухолевых маркеров на протяжении проведения ПХТ
- сокращение суммарного объема опухоли во всех очагах более 50%; отсутствие прогрессии в любом из очагов поражений, отсутствие данных за появление новых опухолевых очагов и/или снижение концентрации опухолевых маркеров

Курс реабилитационных мероприятий

- разрабатывается с учетом возможности отправки пациента на санаторно-курортное лечение
- не включает в себя работу с мышцами ягодичной области и промежности, в случае их интраоперационной травмы
- универсален для всех пациентов с диагнозом «герминогенно-клеточная опухоль (ГКО) крестцово-копчиковой области», с предварительной оценкой степени функциональных нарушений
- разрабатывается индивидуально, с учетом состояния пациента, его функциональных возможностей и мотивации

Объем диагностических мероприятий во время диспансерного наблюдения у пациентов с диагнозом «герминогенно-клеточная опухоль (ГКО)», должен включать в себя

- разрабатывается с учетом возможности отправки пациента на санаторно-курортное лечение
- не включает в себя работу с мышцами ягодичной области и промежности, в случае их интраоперационной травмы
- универсален для всех пациентов с диагнозом «герминогенно-клеточная опухоль (ГКО) крестцово-копчиковой области», с предварительной оценкой степени функциональных нарушений
- разрабатывается индивидуально, с учетом состояния пациента, его функциональных возможностей и мотивации

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 15 лет с мамой обратилась к травматологу-ортопеду.

Жалобы

на

* припухлость,

* боли умеренной интенсивности с латеральной поверхности правого бедра, беспокоящие при ходьбе и сгибании ноги в колене.

Анамнез заболевания

В течение двух недель после травмы, полученной на тренировке по футболу (профессиональная футболистка), беспокоят боли с латеральной стороны правого бедра. На месте гематомы возникла припухлость правого бедра.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает.

* Аллергических реакций не было.

* Семейный анамнез не отягощен.

Объективный статус

Состояние ребенка удовлетворительное. Рост 162 см, масса тела 52 кг. Кожные покровы физиологической окраски, умеренной влажности, чистые от инфекционной и аллергической сыпи. Тургор тканей сохранен. Периферических отеков нет. Подкожная жировая клетчатка умеренно развита, распределена равномерно. Носовое дыхание свободное. Грудная клетка эластичная, симметричная. Над всей поверхностью легких выслушивается везикулярное дыхание. Хрипы не выслушиваются. ЧДД 20 в 1 мин. Область сердца визуально без особенностей. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 112/72 мм рт. ст. Живот симметричный, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется по краю правой реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Очаговая и менингеальная симптоматика не выявлена.

Физиологические отправления в норме. В области нижней трети правого бедра отмечается припухлость, болезненная при пальпации. Активные и пассивные движения в правом коленном суставе в полном объеме, болезненные. В остальных суставах свободные, безболезненные. Мочеиспускание свободное, моча светло-желтая, прозрачная. Стул регулярный, оформленный.

К необходимым для первичного обследования пациента методам исследования относится

- разрабатывается с учетом возможности отправки пациента на санаторно-курортное лечение
- не включает в себя работу с мышцами ягодичной области и промежности, в случае их интраоперационной травмы
- универсален для всех пациентов с диагнозом «герминогенно-клеточная опухоль (ГКО) крестцово-копчиковой области», с предварительной оценкой степени функциональных нарушений
- разрабатывается индивидуально, с учетом состояния пациента, его функциональных возможностей и мотивации

Результаты обследования

При подозрении на объемное образование кости, методом выбора для оценки наличия мягкотканного компонента, вовлечения сосудов и нервов, а также распространенности по костно-мозговому каналу является

- разрабатывается с учетом возможности отправки пациента на санаторно-курортное лечение
- не включает в себя работу с мышцами ягодичной области и промежности, в случае их интраоперационной травмы
- универсален для всех пациентов с диагнозом «герминогенно-клеточная опухоль (ГКО) крестцово-копчиковой области», с предварительной оценкой степени функциональных нарушений
- разрабатывается индивидуально, с учетом состояния пациента, его функциональных возможностей и мотивации

Результаты обследования

С целью верификации диагноза, на первом этапе необходимо проведение

- эксцизионной биопсии образования
- инцизионной биопсии образования
- костномозговых пункций из 4 точек и трепанобиопсии подвздошных костей
- остеоперфорации

С целью оценки распространенности опухолевого процесса необходимо проведение

- эксцизионной биопсии образования
- инцизионной биопсии образования
- костномозговых пункций из 4 точек и трепанобиопсии подвздошных костей
- остеоперфорации

Результаты обследования

Диагноз с учетом результатов патоморфологического исследования, согласно которому у пациентки имеет место саркома Юинга, может быть сформулирован, как

- эксцизионной биопсии образования
- инцизионной биопсии образования
- костномозговых пункций из 4 точек и трепанобиопсии подвздошных костей
- остеоперфорации

Диагноз

Учитывая возраст ребенка, форму заболевания, распространенность опухолевого процесса, пациент может быть отнесен в группу

- стандартного риска
- низкого риска
- высокого риска
- ультравысокого риска

Оптимальной схемой лечения при данном типе опухоли является

- оперативное вмешательство, послеоперационная полихимиотерапия
- предоперационная полихимиотерапия, лучевая терапия, поддерживающая терапия
- оперативное вмешательство, высокодозная полихимиотерапия с последующей аллогенной трансплантацией гемопоэтических стволовых клеток
- предоперационная полихимиотерапия, оперативное вмешательство, послеоперационная полихимиотерапия

Наиболее активными цитостатиками в отношении саркомы Юинга являются

- цитарабин, дексаметазон, флударабин
- цисплатин, циклофосфамид, паклитаксел
- метотрексат, даунорубицин, этопозид
- доксорубицин, винристин, ифосфамид

Перед началом полихимиотерапии, в состав которой входит препарат из группы антрациклиновых антибиотиков (доксорубицин), пациенту показано проведение

- аудиометрии
- ФЭГДС
- ЭКГ, ЭХО-КГ
- вызванных зрительных потенциалов

Предпочтительным объемом оперативного вмешательства при потенциально операбельном образовании костей скелета является

- ампутация конечности
- удаление объемного образования с последующим эндопротезированием сустава
- агрессивный кюретаж пораженного отдела скелета с последующей пластикой дефекта аутооттрансплантатом
- циторедуктивная операция

С целью предупреждения развития геморрагического цистита у пациентов на фоне полихимиотерапии показано введение

- фурагина
- уромитексана
- лейковорина
- ко-тримоксазола

К необходимым лабораторным методам исследования на фоне проведения полихимиотерапии относится

- фурагина
- уромитексана
- лейковорина
- ко-тримоксазола

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациентка 3 лет была направлена в онкологический центр в отделение онкологии и детской хирургии в связи с наличием образования правой почки.

Жалобы

При поступлении пациент активных жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

Заболела 25.12.19, когда после падения с дивана появилась боль в животе и рвота. Была госпитализирована в отделение экстренной хирургии с диагнозом: "Ушиб передней брюшной стенки".

26.12.19 проведена диагностическая лапароскопия: в малом тазу, по правому боковому каналу, в поддиафрагмальном пространстве справа - геморрагический выпот (эвакуировано 100 мл экссудата). При ревизии выявлена гематома брыжейки правой половины толстой кишки, гематома забрюшинного пространства справа вдоль правого бокового канала до почки. УЗИ органов брюшной полости от 27.12.19: правая почка расположена типично 86x37 мм. В забрюшинном пространстве вокруг почки гематома. В проекции ворот почки - объёмное солидное образование округлой формы, размеры образования 45x38x47 мм. МСКТ с в/в болюсным контрастированием от 27.12.20 правая почка увеличена и деформирована за счет исходящего из ворот мягко-тканного образования размерами 67x85x91 мм. МРТ с в/в болюсным контрастированием от 06.01.2020 в среднем и нижнем сегментах правой почки - объёмное образование 6,5x4,3x5,0 см, контрастный препарат накапливает не интенсивно. По латеральному контуру почки - массивная гематома до 10x3,5x7,2см. АФП от 10.01.2020 - 1,03 Мед/мл, НСЕ от 10.01.2020 - 7,3 нг/мл. С 09.01.2020 по 12.02.2020 госпитализация в детский онкогематологический центр Пермской краевой ДКБ. При поступлении при глубокой пальпации определяется образование в правом подреберье, выходящее из-под реберной дуги безболезненное {plus}5-6см. На основании анамнеза, клинической картины и дополнительных методов диагностики, ребенку был поставлен диагноз - Опухоль правой почки (нефробластома), паранефральная гематома справа. С 20.01.2020 по 10.02.2020г. Полихимиотерапия по протоколу SIOP-RTSG-2016-UMBRELLA (винкристин+актиномицин D) - проведено 4 недели терапии.

Анамнез жизни

* Рождена от 5 беременности (16 - 2003 г. - девочка, здорова, 2-4 - м/а), протекавшей на фоне угрозы прерывания в 1 триместре. Роды путем планового кесарева сечения по поводу рубца на матке. Закричала сразу. Вес при рождении 3330 г, рост 50 см. БЦЖ проведено в р/д. Из роддома выписана домой на 4 сутки жизни. Вакцинирована до возраста 3 года 1 месяц полностью.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ 1-2 р/год.

* У специалистов на учете не состоит.

Объективный статус

Состояние по совокупности симптомов средней тяжести. Активная. Appetit сохранен. На осмотр реагирует позитивно. На вопросы отвечает.

Неврологическая симптоматика: в сознании. Менингеальных симптомов нет.

Очаговой симптоматики нет. ЧН – без особенностей. Мышечный тонус

физиологичный, равный во всех группах мышц. Кожные покровы: бледные,

суховатые. Сыпи нет. Слизистые: рта розовые. Подкожная клетчатка: выражена

умеренно, распределена равномерно. Лимфатические узлы: не пальпируются.

Костно-суставная система: развита правильно. Видимых деформаций длинных

трубчатых костей нет. Суставы правильной округлой формы. Движение в

суставах в полном объеме, безболезненные. Дыхательная система. Грудная

клетка правильной цилиндрической формы, равномерно участвует в акте

дыхания. ЧД 20 в минуту. Перкуторный звук с коробочным оттенком. Дыхание

жестковатое, равномерно проводится во все отделы. Хрипов не выслушивается.

Сердечно-сосудистая система: Область сердца сохранена. Границы

относительной сердечной тупости не расширены. Тоны сердца звучные, их

акцентуация сохранена. Умеренный систолический шум. ЧСС = 126 в мин, АД

95/60 мм рт. ст. Пищеварительная система: живот правильной округлой формы.

При пальпации безболезненный во всех отделах. При глубокой пальпации

определяется образование в правом подреберье, выходящее из-под реберной

дуги округлое с гладкой ровной поверхностью, безболезненное, размерами

{plus}5-6 см. Симптомы раздражения брюшины не определяются. Печень

{plus}1,5 см ниже края реберной дуги, безболезненная. Селезенка не

пальпируется. Стул регулярный, оформленный, коричневого цвета.

Мочеполовая система: по женскому типу. Диурез достаточный.

Онкологические маркеры при опухолевом поражении почек у детей

- определяют HCE (NSE)
- определяют альфа-фетопротеин АФП (AFP)
- определяют ПСА (PSA)
- специфические не определяют, проводят стандартные обследования

В качестве одного из основных инструментальных исследований нефробластом у детей используют

- определяют HCE (NSE)
- определяют альфа-фетопротеин АФП (AFP)
- определяют ПСА (PSA)
- специфические не определяют, проводят стандартные обследования

Результаты обследования

Костно-мозговая пункция при опухолевом поражении почек

- необходимо проводить из 5-ти точек
- проводится из 1-й точки
- производится из 2-х точек
- в качестве диагностического метода не применяется

С целью исключения метастатического поражения легких показано проведение

- необходимо проводить из 5-ти точек
- проводится из 1-й точки
- производится из 2-х точек
- в качестве диагностического метода не применяется

Результаты обследования

Диагноз нефробластома выставляется на основании

- необходимо проводить из 5-ти точек
- проводится из 1-й точки
- производится из 2-х точек
- в качестве диагностического метода не применяется

Результаты обследования

На первом этапе пациенту необходимо проведение

- неoadъювантной химиотерапии
- открытой диагностической биопсии образования
- хирургического лечения
- лапароскопической биопсии опухоли почки

С 20.01.20 начата ПХТ по протоколу SIOP-RTSG-2016-UMBRELLA (винкристин+актиномицин D) - проведено 4 недели терапии. Дальнейшей тактикой является оперативное вмешательство в объеме

- лапаротомии, нефруретерэктомии справа
- расширенной биопсии опухоли
- забрюшинной лимфаденэктомии
- частичной резекции опухоли

Гистологическое заключение: нефробластома, бластемный тип, гистологически группа высокого риска, локальная стадия 2 (инвазия в мягкие ткани почечного синуса). Закапсульная гематома с началом организации. В данном случае имеет место +_____+ стадия заболевания

- IV
- III
- I
- II

На основе всех имеющихся данных необходимый объем послеоперационного лечения включает

- повторное хирургическое вмешательство совместно с лучевой терапией
- повторное хирургическое вмешательство
- проведение пациенту адъювантной полихимиотерапии согласно протокола SIOP -2016 UMBRELLA
- исключительно лучевую терапию

Стратификация в группу высокого риска происходит за счет

- травмы брюшной полости
- наличия бластемного типа опухоли
- распространения опухоли
- отсутствия метастатического поражения

На основании имеющихся данных комплексного обследования и морфологической природы образования проведение лучевой терапии (ЛТ)

- показано в послеоперационном периоде
- не показано
- показано с направлением на контрлатеральный фланк
- показано после проведения 27 курсов полихимиотерапии

Диспансерное наблюдение у участкового педиатра и детского онколога

- показано в послеоперационном периоде
- не показано
- показано с направлением на контрлатеральный фланк
- показано после проведения 27 курсов полихимиотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В онкологическое отделение детской больницы был госпитализирован пациент 10 мес. с многоузловым образованием брюшной полости.

Жалобы

на

- * увеличение размеров живота в динамике,
- * фебрилитет,
- * примесь крови в моче,
- * нарушение пассажа стула.

Анамнез заболевания

В течение двух недель эпизоды длительного субфебрилитета, купировавшиеся на фоне терапии НПВС. Через неделю присоединились эпизоды макрогематурии, появилась водянка яичек, родители отметили увеличение размеров живота. Обратились к педиатру по месту жительства. Визит к педиатру - направлены на УЗИ мошонки, УЗИ органов брюшной полости, по результатам – гигантское объемное образование, предположительно исходящее из забрюшинного пространства.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне токсикоза в 1 триместре, мочекаменной болезни (обструкция мочеточника камнями с 35 нед., установка стента), 1 физиологических родов на 39 неделе. Рост 53 см, масса 3600 гр. Закричал сразу, к груди приложен в родильном зале. Околоплодные воды прозрачные. Раннее развитие по возрасту. Вскармливание искусственное практически с рождения. Вакцинирован до 6 месяцев согласно национальному календарю, далее - мед. отвод по основному заболеванию.

Объективный статус

Рост - 71 см, вес - 9.4 кг, t - 36.8°C, ЧД - 24 в минуту, ЧСС - 134 уд. в мин, АД сист. - 120 мм рт. ст., АД диаст. - 75 мм рт. ст. Состояние тяжелое по основному заболеванию, за счет явлений интоксикации. Самочувствие страдает на фоне перечисленных выше жалоб. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, теплые, умеренно влажные, чистые от высыпаний. На коже носа - единичная эскориация. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые от наложений. Определяется минимальная краевая гиперемия небных дужек. Лимфатические узлы - пальпируются поднижнечелюстные. Костно-мышечная система - визуально без изменений. Дыхание через нос не затруднено. Аускультативно в легких дыхание проводится во все отделы, жесткое. Хрипы не выслушиваются. Тоны сердца громкие, ритмичные. Отмечается расщепление 1

тона на верхушке. Выслушивается систолический убывающий шум с максимумом в 5 точке аускультации. Живот увеличен в объеме, окружность 60 см. Размеры печени и селезенки определить невозможно, пальпируется образование, занимающее всю брюшную полость, нижний край в подвздошных областях. Стул с тенденцией к задержке, накануне после микроклизмы. Стул со слизью, оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, диурез не учитывается. Наружные половые органы сформированы по мужскому типу, яички в мошонке, мошонка отечна. Эндокринологический статус визуально без особенностей. Неврологический статус – менингеальной и очаговой мозговой симптоматики при осмотре не выявлено.

К необходимым лабораторным методам обследования относится

- показано в послеоперационном периоде
- не показано
- показано с направлением на контрлатеральный фланк
- показано после проведения 27 курсов полихимиотерапии

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- показано в послеоперационном периоде
- не показано
- показано с направлением на контрлатеральный фланк
- показано после проведения 27 курсов полихимиотерапии

Результаты обследования

Дополнительным методом обследования, необходимым в данном клиническом случае, является

- показано в послеоперационном периоде
- не показано
- показано с направлением на контрлатеральный фланк
- показано после проведения 27 курсов полихимиотерапии

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- показано в послеоперационном периоде

- не показано
- показано с направлением на контрлатеральный фланк
- показано после проведения 27 курсов полихимиотерапии

Диагноз

В данной клинической ситуации возможно предположить такое осложнение, как

- гломерулонефрит
- кровотечение в чашечно-лоханочную систему
- пиелонефрит
- пузырно-мочеточниковый рефлюкс

Инициальное лечение при данной форме нефробластомы включает (согласно рекомендациям SIOP (Международное общество детских онкологов) проведение

- инициальной туморнефруретерэктомии с двух сторон
- предоперационной лучевой терапии
- инициальной туморнефруретерэктомии с одной из сторон
- неоадъювантной химиотерапии

Длительность и объем предоперационной терапии включают в себя проведение неоадъювантной химиотерапии по схеме

- винкристин/актиномицин Д минимум 6 недель, но не более 12 недель
- винкристин/актиномицин Д 12 недель
- винкристин/актиномицин Д/доксорубицин 6 недель
- винкристин/актиномицин Д 4 недели

Оптимальный объем хирургического лечения для пациентов с билатеральным поражением почек включает в себя

- лапаротомию, органосохранную операцию с обеих сторон
- энуклеацию опухоли
- люмботомию, органосохранную операцию с обеих сторон
- туморнефруретерэктомию с обеих сторон

Учитывая объем поражения в данном конкретном клиническом случае, наиболее вероятным объемом оперативного вмешательства будет

- лапаротомию, органосохранную операцию с обеих сторон
- энуклеацию опухоли

- люмботомию, органосохранную операцию с обеих сторон
- туморнефруретерэктомия с обеих сторон

Учитывая полученные данные, стадия и группа риска будут звучать, как

- стадия V: справа – стадия III, группа высокого риска; слева – стадия I, группа промежуточного риска
- стадия IV: справа – стадия III, группа высокого риска; слева – стадия I, группа промежуточного риска
- стадия V: справа – стадия III, группа низкого риска; слева – стадия II, группа промежуточного риска
- стадия V: справа – стадия II, группа низкого риска; слева – стадия III, группа промежуточного риска

Учитывая диагноз «билатеральная нефробластома, стадия V: слева – стадия II, группа промежуточного риска; справа - стадия III, группа низкого риска», дальнейшей тактикой будет являться

- динамическое наблюдение
- системная химиотерапия и локальная лучевая терапия
- системная химиотерапия
- системная химиотерапия и облучение всей брюшной полости

Длительность и схема лечения при билатеральной нефробластоме зависит от

- динамическое наблюдение
- системная химиотерапия и локальная лучевая терапия
- системная химиотерапия
- системная химиотерапия и облучение всей брюшной полости

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В стационар госпитализирована девочка 2 месяцев с подозрением на объемное образование брюшной полости.

Жалобы

на

- * пальпируемое образование в брюшной полости,
- * увеличение окружности живота,
- * появление венозной сети на передней брюшной стенке.

Анамнез заболевания

Ребенок от 1 беременности, 1 родов. Течение беременности без особенностей. Роды: срочные, на 38 нед, через естественные родовые пути. Вес при рождении 3950 г. Рост 55 см. Оценка по шкале Апгар 7/9 баллов. Закричала сразу. К груди приложена на 1 сутки. Профилактические прививки не проводились.

Анамнез жизни

При плановом обследовании (УЗИ органов брюшной полости) в районной поликлинике выявлено объемное образование в брюшной полости.

Объективный статус

Кожные покровы: бледные, чистые, с мраморным рисунком по всей поверхности, расширенной венозной сетью на передней брюшной стенке. Дыхательная система: носовое дыхание свободное. ЧД до 60 в мин, с участием вспомогательной мускулатуры. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно во все отделы, хрипов нет. SaO₂ 93-94% без дотации кислорода. Тоны сердца ясные, соотношение тонов правильное, ритмичное. ЧСС 178 в мин. Живот значительно увеличен в объеме за счет пальпируемого объемного образования. Нижний край печени и селезенки пальпаторно не определяется из-за образования. Перистальтика выслушивается активная. Стул: до 6-7 раз в сутки, кашицеобразный, без примесей. Диурез: достаточный со слов матери, утром перед осмотром появилась макрогематурия.

К необходимым лабораторным методам обследования относится

- динамическое наблюдение
- системная химиотерапия и локальная лучевая терапия
- системная химиотерапия
- системная химиотерапия и облучение всей брюшной полости

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- динамическое наблюдение
- системная химиотерапия и локальная лучевая терапия
- системная химиотерапия
- системная химиотерапия и облучение всей брюшной полости

Результаты обследования

На основании полученных результатов визуализации, у пациентки 2 месяцев имеется гигантское образование, исходящее из правой почки, а также

многочисленные очаги в печени и дальнейшей предполагаемой тактикой ведения пациентки является

- динамическое наблюдение
- системная химиотерапия и локальная лучевая терапия
- системная химиотерапия
- системная химиотерапия и облучение всей брюшной полости

В данном случае возможно предположить у пациентки наличие

- злокачественной рабдоидной опухоли почки
- светлоклеточной саркомы почки
- гепатобластомы с внепеченочным распространением
- нефробластомы стромального типа

Учитывая полученный гистологический диагноз, необходимо дообследование в объеме

- злокачественной рабдоидной опухоли почки
- светлоклеточной саркомы почки
- гепатобластомы с внепеченочным распространением
- нефробластомы стромального типа

Результаты обследования

Локальной стадией процесса (согласно классификации SIOP (Международное общество детских онкологов)) в этом случае будет являться стадия

- III
- II
- IV
- I

Согласно гистологической классификации SIOP злокачественная рабдоидная опухоль почки будет относиться к группе

- низкого риска
- высокого риска
- очень высокого риска
- промежуточного риска

В данном случае диагноз будет звучать как

- низкого риска
- высокого риска

- очень высокого риска
- промежуточного риска

Диагноз

Оптимальным объемом терапии при лечении злокачественной рабдоидной опухоли будет являться

- системная химиотерапия, энуклеация опухоли, локальная лучевая терапия
- органосохраняющее оперативное вмешательство, системная химиотерапия
- энуклеация опухоли, локальная лучевая терапия
- системная химиотерапия, радикальное хирургическое вмешательство, локальная лучевая терапия

В данном клиническом случае возможно предположить наличие такого генетического синдрома, как

- синдром предрасположенности к развитию ЗРО 1 типа
- синдром Гиппеля-Линдау
- туберозный склероз
- синдром Беквита-Видемана

Клиническое течение ЗРО у пациентов с наличием синдрома предрасположенности к развитию ЗРО 1 типа, по отношению к пациентам без данного синдрома, может включать

- более позднюю манифестацию заболевания
- вероятность развития синхронных/метахронных опухолей
- вероятность спонтанного регресса опухоли
- лучший прогноз для жизни

Для отдаленного метастазирования, характерного для ЗРО почки с наличием синдрома предрасположенности к развитию ЗРО 1 типа, характерно наличие

- более позднюю манифестацию заболевания
- вероятность развития синхронных/метахронных опухолей
- вероятность спонтанного регресса опухоли
- лучший прогноз для жизни

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В стационар госпитализирована девочка 2 месяцев с подозрением на объемное образование правой почки.

Жалобы

Активных жалоб нет.

Анамнез заболевания

С рождения наблюдалась педиатром. В 2 месяца проведено плановое УЗИ органов брюшной полости, выявлено объемное образование правой почки.

Анамнез жизни

* Ребенок от 2 беременности, 2 самостоятельных родов на сроке 38-39 нед. Течение беременности: на фоне обострения хронического пиелонефрита с 33 нед. по 36 нед. Вес при рождении 3200 г. Рост 51 см. По шкале Апгар 8/8 баллов. Закричала сразу. К груди приложена сразу. Гепатит В, БЦЖ - проведено в роддоме. Естественное вскармливание до настоящего времени. Профилактические прививки: далее мед. отвод.
* Перенесенные заболевания: не было.

Объективный статус

Рост – 55 см, вес – 4,9 кг, температура 36,4°C, ЧД=30/мин, ЧСС=138 уд/мин. Состояние тяжелое по основному заболеванию. Самочувствие удовлетворительное, не страдает. Сознание ясное. Кожа чистая, с мраморным рисунком, умеренно влажная. Тургор тканей сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Отеков нет. Носовое дыхание, свободное, отделяемое: отсутствует. Форма грудной клетки: цилиндрическая. Экскурсия грудной клетки: симметричная. Грудная клетка: не изменена, ригидна. Аускультативно дыхание пуэрильное равномерно проводится по всем полям, хрипов нет. Перкуторный звук: ясный легочный. Кашля, одышки: нет. Область сердца не изменена. Границы сердца относительно сердечной тупости, соответствуют возрасту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по правому краю реберной дуги, безболезненная, плотность нормальная. Селезенка не увеличена, безболезненна. Стул: до 6-7 раз в сутки, кашицеобразный, без примесей. Диурез: достаточный со слов матери.

К необходимым лабораторным методам обследования относится

- более позднюю манифестацию заболевания
- вероятность развития синхронных/метахронных опухолей
- вероятность спонтанного регресса опухоли
- лучший прогноз для жизни

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- более позднюю манифестацию заболевания
- вероятность развития синхронных/метахронных опухолей
- вероятность спонтанного регресса опухоли
- лучший прогноз для жизни

Результаты обследования

На основании полученных результатов визуализации, у пациентки 2 месяцев имеется новообразование, исходящее из правой почки. Дальнейшей предполагаемой тактикой ведения пациентки является

- более позднюю манифестацию заболевания
- вероятность развития синхронных/метахронных опухолей
- вероятность спонтанного регресса опухоли
- лучший прогноз для жизни

Локальной стадией процесса (согласно классификации SIOP (Международное общество детских онкологов)) является стадия

- IV
- III
- I
- II

Согласно гистологической классификации SIOP, врожденная мезобластная нефрома относится к группе

- очень высокого риска
- промежуточного риска
- высокого риска
- низкого риска

В данном случае диагноз звучит как

- очень высокого риска
- промежуточного риска
- высокого риска
- низкого риска

Диагноз

При лечении врожденной мезобластной нефромы в этом случае объем терапии должен включать

- локальную лучевую терапию
- системную химиотерапию
- радикальное хирургическое вмешательство
- энуклеацию опухоли

Гистологическим типом врожденной мезобластной нефромы, обладающим наиболее агрессивным течением, является

- смешанный
- клеточный
- стромальный
- классический

Цитогенетической перестройкой, характерной для клеточного гистологического типа врожденной мезобластной нефромы, является

- t(15; 19)
- t(7; 9)
- t(11; X)
- t(12; 15)

Выявляемая цитогенетическая транслокация t(12; 15) при клеточном типе врожденной мезобластной нефромы также характерна для

- инфантильной фибросаркомы
- нефробластомы, диффузной анаплазии
- злокачественной рабдоидной опухоли
- нефробластомы смешанного типа

Химиотерапевтическим препаратом, обладающим активностью в отношении врожденной мезобластной нефромы, является

- уромитексан
- винкристин
- метотрексат
- митоксантрон

Врожденная мезобластная нефрома наиболее часто встречается у детей в возрасте менее

- уромитексан
- винкристин
- метотрексат
- митоксантрон

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В стационар госпитализирован мальчик 3 лет с подозрением на объемное образование левой почки.

Жалобы

Активных жалоб нет.

Анамнез заболевания

Во время проведения планового ультразвукового исследования органов брюшной полости выявлено объемное образование левой почки.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 физиологических срочных родов на 40 неделе. Вес при рождении 3500 г, рост 51 см. После выписки из роддома развивался по возрасту. Профилактические прививки: не привит. Перенесенные заболевания: ОРВИ, атопический дерматит, аденоиды 1-2 ст.

Объективный статус

Рост – 100 см, вес 15 кг, температура – 36,7°C, ЧД=22/мин, ЧСС=124 уд/мин, АД сист. – 110 мм рт. ст.

Состояние тяжелое по основному заболеванию. Самочувствие удовлетворительное, не страдает. Сознание ясное. Кожа чистая, с мраморным рисунком, умеренно влажная. Тургор тканей сохранен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Отеков нет. Носовое дыхание, свободное, отделяемое: отсутствует, Форма грудной клетки: цилиндрическая. Экскурсия грудной клетки: симметричная. Грудная клетка: не изменена, ригидна. Аускультативно дыхание пуэрильное равномерно проводится по всем полям, хрипов нет. Перкуторный звук: ясный легочный. Кашля, одышки: нет. Область сердца не изменена, Границы сердца относительно сердечной тупости, соответствуют возрасту. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шумы не выслушиваются. Живот мягкий, безболезненный, доступен для глубокой пальпации, при глубокой пальпации в левом подреберье пальпируется левая почка. Печень пальпируется по правому краю реберной дуги, безболезненная, плотность нормальная. Селезенка не увеличена, безболезненна. Стул: 1 раз в

сутки, кашицеобразный, без примесей. Диурез: достаточный со слов матери. Половые органы сформированы по мужскому типу.

К необходимым лабораторным методам обследования относится

- уромитексан
- винкристин
- метотрексат
- митоксантрон

Результаты обследования

Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки диагноза являются

- уромитексан
- винкристин
- метотрексат
- митоксантрон

Результаты обследования

На основании полученных результатов визуализации, у пациента 3 лет имеется новообразование, исходящее из левой почки. Дальнейшей предполагаемой тактикой ведения пациента является

- лучевая терапия
- радикальное оперативное вмешательство
- толстоигольная биопсия образования
- неoadъювантная химиотерапия

Длительность и объем предоперационной терапии включает в себя проведение неoadъювантной химиотерапии по схеме

- винкристин/актиномицин Д 4 недели
- винкристин/актиномицин Д/доксорубицин 6 недель
- винкристин/актиномицин Д 6 недель
- винкристин/актиномицин Д/доксорубицин 4 недели

Объем хирургического лечения после предоперационной терапии включает в себя

- энуклеацию опухоли
- лапаротомию, туморадреналнефруретерэктомию
- люмботомию, туморнефруретерэктомию

- лапаротомию, туморнефруретерэктомию

У пациента диагностирована светлоклеточная саркома почки, относящаяся к гистологической группе

- низкого риска
- промежуточного риска
- очень высокого риска
- высокого риска

Учитывая, что опухоль локализовалась в пределах почечной паренхимы и была полностью удалена, то стадия трактуется как

- IV
- III
- II
- I

Учитывая гистологический тип опухоли и стадию процесса, дальнейшая терапия предполагает проведение

- неoadъювантной химиотерапии
- динамического наблюдения
- локальной лучевой терапии
- адъювантной химиотерапии

Для светлоклеточной саркомы почки характерна перестройка

- t(7; 9)
- t(15; 19)
- t(11; X)
- t(10;17)

Областью метастазирования для светлоклеточной саркомы, встречающейся чаще, чем при нефробластоме являются

- кости скелета
- печень и селезенка
- легкие
- головной и спинной мозг

Длительность и схема лечения при светлоклеточной саркоме почки зависит от

- гистологической группы опухоли
- наличия опухолевого тромбоза

- возраста пациента
- стадии процесса опухоли

Осложнением применения винкристина является

- гистологической группы опухоли
- наличия опухолевого тромбоза
- возраста пациента
- стадии процесса опухоли

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к радиотерапевту обратились родители ребенка 5-ти лет для определения дальнейшей тактики после комбинированного лечения нейробластомы правого надпочечника.

Жалобы

на

* наличие участков гиперемии и шелушения кожных покровов в периоральной области на фоне проводимой терапии.

Анамнез заболевания

В дебюте заболевания отмечалось повышение температуры тела до фебрильных значений, увеличение шейных, надключичных лимфатических узлов. На фоне антибактериальной терапии без динамики. В связи с подозрением на лимфопролиферативное заболевание (лимфаденопатия, гепатомегалия) выполнена костно-мозговая пункция: бласты 0,8%, скопления клеток крупных и средних размеров с грубым хроматином, вакуолизированы. Для верификации диагноза проведена биопсия надключичного лимфатического узла слева.

Гистологическое заключение: низкодифференцированная нейробластома.

Проведено комплексное обследование:

КТ органов грудной клетки и органов брюшной полости. В мягких тканях шеи слева с переходом на заднее средостение отек и свободный воздух, определяется патологическое образование размером 51x41x46 мм. В мягких тканях шеи патологические увеличенные лимфатические узлы размером до 12 мм. В заднем средостении патологический лимфатический узел размером 21x18 мм. В проекции правого надпочечника определяется массивное мягкотканное образование с четкими, ровными контурами, размером до 65x61x68 мм. Интимно прилегая к образованию (не исключена взаимосвязь), отмечается конгломерат патологически измененных частично

кальцинированных лимфатических узлов в возможной опухолевой ткани, размером не менее 40x78x98 мм.

На основании комплексного обследования (сцинтиграфия с Технецием, МРТ ОБП и т.д.) ребенку установлен диагноз «Нейробластома правого надпочечника» и начата специфическая терапия в рамках группы риска и стадии заболевания в соответствии с протоколом NB-2004.

После 4 курсов терапии проведен аферез периферических стволовых клеток. После 6 курсов терапии выполнен хирургический этап терапии - срединная лапаротомия, туморадреналэктомия.

Результаты сцинтиграфии с МЙБГ: на ОФЭКТ/КТ изображениях определяется патологическое накопление МЙБГ в измененных л/у забрюшинного пространства, расположенных паравертебрально справа на уровне тел L1-L3 позвонков.

Заключение: на момент исследования сохраняется патологическое накопление МЙБГ в измененных л/у забрюшинного пространства (расположенных паравертебрально справа на уровне тел L1-L3 позвонков), что свидетельствует о наличии активной специфической ткани нейrogenной природы.

КТ органов брюшной полости: в ложе удаленного надпочечника определяется локальный участок уплотнения однородной структуры без признаков накопления контрастного препарата постоперационного характера.

Межаортокавально, от уровня правой почечной ножки до уровня бифуркации аорты, сохраняется конгломерат увеличенных патологически измененных лимфатических узлов (остаточная опухоль?), размерами 11x25x88 мм (V=12,6 мл). Слева, визуализируются отдельно расположенные патологически измененные парааортальные лимфатические узлы прежними размерами 6x10 мм.

С учетом стадии заболевания и группы риска проведена высокодозная ПХТ с последующей ауто-ТГСК.

Анамнез жизни

* Ребенок от 2 беременности, 2 самостоятельных родов, досрочное родоразрешение ввиду предлежания плаценты. Вес при рождении 3200 г. Рост 52 см. Закричал сразу. К груди приложен сразу. БЦЖ, гепатит В - проведено в роддоме. Естественное вскармливание до 1 года. Профилактические прививки: по Национальному календарю до болезни.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ.

* Наследственность: неотягощена.

Объективный статус

Состояние ребенка тяжелое по основному состоянию, стабильное, не лихорадит.

Сознание: ясное.

Самочувствие: выражено не страдает. Тошноты и рвоты нет.

Кожные покровы: бледные, с проявлениями токсидермии в периоральной области. Геморрагического синдрома нет.

Ротоглотка без признаков воспаления.

Периферические лимфатические узлы не увеличены.

Органы дыхания: носовое дыхание свободное, отделяемого нет, в легких дыхание пуэрильное, проводится по всем полям равномерно, хрипов нет.

Сердечно-сосудистая система: тоны сердца ясные, ритмичные

Пищеварительная система: живот при пальпации мягкий, безболезненный, послеоперационный рубец на передней брюшной стенке состоятельный, без признаков воспаления.

Мочевыводящая система: мочеиспускание свободное, безболезненное.

Нервная система: очаговой, общемозговой и менингеальной симптоматики на момент осмотра нет.

Носитель имплантируемой порт-системы.

К необходимым дополнительным инициальным методам обследования относится

- гистологической группы опухоли
- наличия опухолевого тромбоза
- возраста пациента
- стадии процесса опухоли

Результаты обследования

К необходимым инициальным инструментальным методам обследования для стадирования заболевания относится

- гистологической группы опухоли
- наличия опухолевого тромбоза
- возраста пациента
- стадии процесса опухоли

Результаты обследования

На основании данных комплексного инициального обследования диагноз может быть сформулирован, как

- гистологической группы опухоли
- наличия опухолевого тромбоза
- возраста пациента

- стадии процесса опухоли

Диагноз

Дальнейшая тактика терапии состоит в проведении

- 4 курсов ПХТ по схеме N7 и локальной лучевой терапией
- 4 курсов ПХТ по схеме N7 и дифференцировочной терапии 13-цис-ретиноевой кислотой
- дифференцировочной терапии 13-цис-ретиноевой кислотой и локальной лучевой терапией.
- локальной лучевой терапии на +30 сутки от ауто-ТГСК

Показанием для проведения лучевой терапии в данном клиническом случае служит наличие

- конгломерата увеличенных патологически измененных лимфатических узлов по данным КТ после хирургического лечения
- очагов патологического накопления МЙБГ в области забрюшинного пространства при инициальном исследовании
- очагов патологического накопления МЙБГ в остаточной опухоли забрюшинного пространства после индукционной терапии и хирургического удаления опухоли
- метастатических МЙБГ-позитивных очагов в надключичной области слева и области средостения при инициальном исследовании

Клинический объем мишени (CTV) включает

- распространение опухоли до хирургического лечения + 1-2 см
- остаточную опухоль забрюшинного пространства + 1-2 см с учетом анатомических барьеров
- инициальное распространение опухоли +1-2 см
- объем остаточной опухоли после хирургического лечения +1-2 см

Суммарной дозой облучения с учетом локализации мишени облучения является

- СОД 36-40 Гр
- не менее СОД 40 Гр с учетом толерантности здоровых тканей
- СОД 18 Гр
- СОД 21 Гр

Лучевая терапия должна проводиться

- после первого курса дифференцировочной терапии. Минимальный интервал от момента приема 13-цис-ретиноевой кислоты до начала лучевой терапии составляет 7 дней. Дифференцировочная терапия возобновляется через 7–10 дней после завершения курса лучевой терапии
- после завершения дифференцировочной терапии. Минимальный интервал от момента приема 13-цис-ретиноевой кислоты до начала лучевой терапии составляет 10 дней
- после 3-4 курсов дифференцировочной терапии. Минимальный интервал от момента приема 13-цис-ретиноевой кислоты до начала лучевой терапии составляет 10 дней. Дифференцировочная терапия возобновляется через 14 дней после завершения курса лучевой терапии
- на фоне дифференцировочной терапии 13-цис-ретиноевой кислоты

Средняя доза облучения на почки при планировании лучевой терапии у данного пациента должна составлять не более + ____ + Гр

- 25
- 30
- 35
- 15

При планировании облучения необходимо учитывать, что не более 50% печени может получить дозу + ____ + Гр

- 50
- 30
- 45
- 20

Для профилактики развития сколиоза при облучении позвоночника необходимо учитывать, что его следует

- исключить из объема облучения
- облучать симметрично (допустимая минимальная доза в облучаемом позвонке 80% от предписанной)
- облучать в полной дозе от предписанной
- облучать в соответствии с контурами мишени, без учета объема вовлечения

Патогномоничными для острых лучевых реакций с учетом дозы, объема и области облучения являются

- исключить из объема облучения

- облучать симметрично (допустимая минимальная доза в облучаемом позвонке 80% от предписанной)
- облучать в полной дозе от предписанной
- облучать в соответствии с контурами мишени, без учета объема вовлечения

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В онкологическое отделение детской больницы была госпитализирована пациентка 2 лет с подозрением на опухоль почки.

Жалобы

на

- * дизурические явления,
- * примесь крови в моче.

Анамнез заболевания

Дебют заболевания со вчерашнего дня, когда впервые мама отметила у ребенка мочу цвета "мясных помоев". В поликлинике по месту жительства выполнено УЗИ органов брюшной полости, по результатам которого заподозрено образование левой почки.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 1-й беременности, протекавшей без осложнений. Роды 1-е, срочные, самостоятельные. При рождении масса тела 3570 г, длина 50 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. Закричала сразу. К груди приложен в родзале. На грудном вскармливании до 1,5 лет. Ранний неонатальный период протекал без особенностей. Профилактические прививки проведены по календарю.
- * Перенесенные заболевания: ветряная оспа, ОРВИ до 1 раза в год.

Объективный статус

Состояние тяжелое по основному заболеванию, стабильное. Самочувствие умеренно страдает, ребенок вялый. Сознание ясное, реакция на осмотр адекватная. Кожные покровы обычной окраски, чистые от инфекционной и аллергической сыпи. Видимые слизистые оболочки влажные, чистые, светлые. Телосложение нормостеническое, подкожно-жировая клетчатка развита умеренно. Костно-мышечная система – складывается впечатление, что левая половина тела больше правой. Периферические л/у в общих группах не увеличены. Тоны сердца ясные, ЧСС до 140 уд/мин., выслушивается патологический шум на верхушке. АД 100/50 мм. рт. ст. Носовое дыхание свободное, в легких дыхание пуэрильное, равномерно проводится по всем

полям, хрипов нет. ЧДД 21 в мин. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации – в левой фланковой области пальпируется объемное образование нижний край в области мезогастрия. Печень выступает из-под края реберной дуги на 2 см, край безболезненный, плотность нормальная. Мочеиспускание безболезненное, частое, моча цвета «мясных помоев». Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Очаговой и неврологической симптоматики нет.

К необходимым лабораторным методам обследования относятся

- исключить из объема облучения
- облучать симметрично (допустимая минимальная доза в облучаемом позвонке 80% от предписанной)
- облучать в полной дозе от предписанной
- облучать в соответствии с контурами мишени, без учета объема вовлечения

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является

- исключить из объема облучения
- облучать симметрично (допустимая минимальная доза в облучаемом позвонке 80% от предписанной)
- облучать в полной дозе от предписанной
- облучать в соответствии с контурами мишени, без учета объема вовлечения

Результаты обследования

На основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- исключить из объема облучения
- облучать симметрично (допустимая минимальная доза в облучаемом позвонке 80% от предписанной)
- облучать в полной дозе от предписанной
- облучать в соответствии с контурами мишени, без учета объема вовлечения

Диагноз

В данной клинической ситуации осложнением основного заболевания можно предположить наличие

- артериальной гипертензии
- гломерулонефрита
- опухоль-ассоциированного тромбоза
- пиелонефрита

Инициальное лечение при данном типе опухоли подразумевает проведение

- предоперационной лучевой терапии
- антибактериальной терапии
- адъювантной химиотерапии
- неoadъювантной химиотерапии

Длительность и объем предоперационной терапии включает в себя проведение неoadъювантной химиотерапии по схеме

- винкристин/актиномицин Д/доксорубицин 4 недели
- винкристин/актиномицин Д 4 недели
- винкристин/актиномицин Д 6 недель
- винкристин/актиномицин Д/доксорубицин 6 недель

Объем хирургического лечения после предоперационной терапии включает в себя

- люмботомию, туморнефруретерэктомию
- лапаротомию, туморадреналнефруретерэктомию
- лапаротомию, туморнефруретерэктомию
- энуклеацию опухоли

Если после неoadъювантной химиотерапии проведена туморнефруретерэктомия, и по результатам гистологического исследования опухоль не выходила за капсулу почки, однако прорастала в почечный синус, и удалена в пределах здоровых тканей, то локальной стадией процесса является стадия

- I
- II
- V
- III

Если гистологическое исследование опухоли показало наличие в доставленном материале ткани почки с ростом опухоли, регрессивные

изменения в которой составляли до 15% площади, витальная опухоль на 55% была представлена полями бластемы, на 25-30% - примитивными тубулярными и канальцевыми структурами эпителиального компонента, 15-20% составляет строма, а заключение звучало как «нефробластома, смешанный тип», то данный тип опухоли относится к группе

- высокого риска
- низкого риска
- промежуточного риска
- очень высокого риска

Учитывая, что диагноз в данном клиническом случае звучит как «нефробластома, смешанный тип, гистологически группа промежуточного риска, локальная стадия 2», тактикой дальнейшей терапии будет являться

- системная химиотерапия и локальная лучевая терапия
- динамическое наблюдение
- системная химиотерапия
- системная химиотерапия и облучение всей брюшной полости

Схемой дальнейшей адъювантной химиотерапии в данном клиническом случае будет являться схема

- AV1 – винкристин/актиномицин Д, 4 недели
- AV2 – винкристин/актиномицин Д, 27 недель
- AVD – винкристин/актиномицин Д/доксорубицин, 27 недель
- HR – циклофосфамид/доксорубицин/этопозид/карбоплатин, 34 недели

Генетическую предрасположенность к развитию нефробластомы в данном случае можно предположить на основании наличия

- AV1 – винкристин/актиномицин Д, 4 недели
- AV2 – винкристин/актиномицин Д, 27 недель
- AVD – винкристин/актиномицин Д/доксорубицин, 27 недель
- HR – циклофосфамид/доксорубицин/этопозид/карбоплатин, 34 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 11 лет пришел с родителями на консультативный прием радиотерапевта.

Жалобы

на

* боли в области крестца справа (до 3-4 баллов по цифровой шкале боли).

Анамнез заболевания

Около 9 месяцев назад стал отмечать болезненность в области креста справа при физической нагрузке. Около 7 месяцев назад после падения боли усилились и стали постоянными, при рентгенологическом исследовании выявлено образование в области крестцово-подвздошного сочленения справа. В специализированной клинике проведено обследование, установлен диагноз Саркома Юинга правой подвздошной кости с распространением на окружающие мышцы, T2N0M1, множественные метастазы в лёгкие до 1 см, группа высокого риска. Начата ПХТ по схеме VIDE (согласно протоколу EuroEWING 2008). После 2-го и 5-го курса при контрольном обследовании отмечалась положительная динамика в виде уменьшения первичной опухоли. После 5-го курса метастатические очаги в легких не определялись. Всего проведено 6 блоков, без нарушения тайминга. 12 дней назад проведено оперативное лечение в объеме удаления крыла правой подвздошной кости, надацетабулярной резекцией костей таза со стабилизацией системой Expidium De Puy с последующей пластикой костным цементом. Выполнена биопсия пахового лимфоузла справа. По данным гистологического исследования - саркома Юинга, роста в краях резекции и лимфоузлах нет, лечебный патоморфоз 3 степени.

Анамнез жизни

* Ребенок от 2 беременности, 2 самостоятельных срочных родов. Течение беременности: на фоне угрозы прерывания в 3-м триместре. Вес при рождении 3600 г, рост 53 см. Закричал сразу, 9 баллов по шкале Апгар. К груди приложен сразу. БЦЖ проведено в роддоме. Естественное вскармливание до 5 месяцев. Профилактические прививки согласно календарю.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.

Объективный статус

На момент осмотра состояние относительно удовлетворительное, жалобы на болезненность в области оперативного вмешательства. Кожные покровы бледно-розовые, сыпи и расчесов нет. Послеоперационные раны заживают первичным натяжением, признаков воспаления нет. Лимфоузлы доступные пальпации не увеличены. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах, печень, селезенка не увеличены. Дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Сердечные тоны ясные ритмичные. ЧДД 20 в минуту, ЧСС -82 в минуту. Температура тела 36,7 С.

Дальнейшая тактика ведения данного пациента состоит в проведении

- адъювантных курсов полихимиотерапии и дистанционной лучевой терапии
- только адъювантной дистанционной лучевой терапии
- поддерживающей химиотерапии
- обследования каждые 3 месяца, адъювантной терапии не требуется

Облучение зоны первичного очага показано при

- лечебном патоморфозе 3 степени
- отсутствии полного регресса опухоли после 5-го блока инициальной ХТ
- распространении опухоли на мышцы
- большом объеме первичной опухоли (>200мл) и расположении инициального очага в области таза

Тотальное облучение легких

- не показано, так как размер метастатических на момент их выявления был менее 1 см
- показано, так как как определялись множественные метастатические очаги в обоих легких после 2-х блоков предоперационной ХТ
- не показано, так как получен полный регресс метастатических очагов в легких после ПХТ
- показано, так как определялись множественные метастатические очаги в обоих легких на момент установления диагноза

Тайминг химиотерапии и лучевой терапии при адъювантном лечении состоит в том, что

- лучевая терапия проводится после завершения химиотерапии
- лучевая терапия должна быть начата не позднее 48 часов после оперативного лечения, а время начала химиотерапии не имеет значения
- химиотерапия проводится после лучевой терапии
- лучевая терапия проводится на фоне химиотерапии, после заживления послеоперационных ран

Использование химиопрепаратов + _____+, + _____+, + _____+ совместно с облучением не допускается или должно быть ограничено ввиду развития высокой токсичности

- бусульфан, треосульфан, актиномицин Д
- винкристин, циклофосфomid, топотекан
- винкристин, доксорубицин, циклофосфамид
- этопозид, ифосфomid, темозоламид

Лучевая терапия на область легких при использовании Бусульфана

- не рекомендована
- должна проводиться не ранее чем через 8-10 недель после завершения химиотерапии с бусульфаном
- должна проводиться перед химиотерапией с бусульфаном
- может проводиться совместно химиотерапией с бусульфаном

Объем GTV должен определяться на основании данных

- обследования проведенного после 5-го курса полихимиотерапии
- обследования проведенного после 2-го курса полихимиотерапии
- инициальных исследований КТ/МРТ
- послеоперационных КТ/МРТ

Суммарная очаговая доза на первичный объем опухоли должна быть

- не более 20 Гр
- не менее 60 Гр
- не менее 45 Гр
- не более 30 Гр

Разовая и суммарная очаговые дозы для тотального облучения легких

- 1,8 Гр и 18 Гр
- 2 Гр и 24 Гр
- 3 Гр и 36 Гр
- 1,5 Гр и 15 Гр

Оценку гематологической токсичности во время лучевой или химиотерапии необходимо проводить

- не реже 1 раза в 2 недели
- не реже 1 раза в неделю
- только в начале и конце курса лечения
- только при ухудшении состояния пациента

По данным общего анализ крови: лейкоциты $2,5 \times 10^9$ /л; нейтрофилы – $1,2 \times 10^9$ /л; гемоглобин – 82 г/л; тромбоциты – 87×10^3 /л. Степень гематологической токсичности по RTOG

- 3
- 1
- 2
- 4

Проведение лучевой терапии должно быть прервано при уровне лейкоцитов менее

- 3
- 1
- 2
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 15 лет госпитализирован в отделение детской хирургии онкологического центра согласно направлению хирурга из консультативного отделения указанного центра.

Жалобы

на

- * слабость,
- * утомляемость,
- * крупное образование на боковой поверхности шеи слева.

Анамнез заболевания

Со слов законного представителя пациента 3,5 года назад в ходе плановой диспансеризации был выявлен узел щитовидной железы, пациент не был направлен на консультацию эндокринолога, родители не были уведомлены о выявленном узле щитовидной железы.

При прохождении последующих профосмотров указанная патология не была описана. Спустя три года при прохождении первичной постановки на воинский учет, пациент был направлен педиатром на УЗИ лимфатических узлов и консультацию хирурга в связи с пальпаторно выявленным объемным образованием шеи. На УЗИ лимфоузлов определяется округлое эхопозитивное образование с четкими ровными контурами, размерами 35 x 16 мм, неоднородной структуры за счет множественных эхопозитивных включений, при ЦДК определяется невыраженный смешанный кровоток. Аналогичное образование по передней поверхности грудинно-ключично-сосцевидной мышцы в средней трети (липомы?).

На следующий день пациент осмотрен врачом-хирургом. Выставлен диагноз: «доброкачественное образование жировой ткани и подкожной клетчатки». Рекомендовано хирургическое лечение в объеме удаления образования (пациентом и его родителями был оформлен письменный отказ от операции). Через два месяца проведено повторное УЗИ: УЗ-признаки очаговых

образований шеи. Лимфаденопатии шейных лимфоузлов. Пациент осмотрен онкологом. Выставлен диагноз: «Образование шеи. Лимфома?» Рекомендована пункция образования под контролем УЗИ (оформлен письменный отказ от проведения пункции).

Через две недели пациент консультирован врачом-эндокринологом. На основе данных лабораторной диагностики и УЗИ щитовидной железы выставлен диагноз: узловой зоб. В тот же день пациент консультирован хирургом. В связи с наличием образования шеи рекомендовано обследование в специализированном онкологическом центре.

Анамнез жизни

* Ребенок от I беременности, I родов на сроке 42 нед. Течение беременности: без осложнений. Вес при рождении 3670 г. Рост 52 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 9/9 баллов. Естественное вскармливание до 6 мес. Вакцинация согласно национальному календарю профилактических прививок.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ; ОРВИ, пиодермия в 2004 г., подчелюстной лимфаденит в 2006 г., ветряная оспа в 2007 г., острый гайморит (стац. лечение), острый фаринготрахеит.

Объективный статус

Самочувствие страдает за счет имеющихся жалоб, пациент соматически стабилен. Показатели витальных функций: t (градусов Цельсия) 36.5. ЧД (в минуту) 16. ЧСС (уд.в мин) 83. АД сист. (мм рт. ст.) 112. АД диаст. (мм рт. ст.) 74. Положение активное. Менингеальных знаков нет. Очаговая симптоматика не выявляется. Кожа бледно-розовая, без патологических элементов. Дыхание через нос свободное, аускультативно дыхание везикулярное, проводится над всеми полями легких, патологических шумов нет. Кашля нет. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, перистальтика активная.

Физиологические отправления — без патологии.

Status localis: шея визуально деформирована за счет объемного конгломерата (до 5 см) спаянных лимфоузлов по боковой поверхности шеи слева, в треугольниках IIa-VI с двух сторон также определяются увеличенные лимфоузлы (до 2,5 см), плотно-эластичные, не спаяны с окружающими тканями, безболезненные при пальпации. Пальпаторно щитовидная железа эластичной консистенции, в левой доле определяется узловое образование до 3 см в месте наибольшего измерения. Голосовая функция не нарушена.

К лабораторным исследованиям, включенным в базовый комплекс предоперационного лабораторного тестирования, относится

- 1
- 2
- 4

Результаты лабораторных исследований

К необходимым лабораторным исследованиям для оценки гормонального статуса пациента в предоперационном периоде для оценки функционального состояния щитовидной железы относится

- 3
- 1
- 2
- 4

Результаты лабораторного исследования

В рамках предоперационной диагностики пациента с новообразованием щитовидной железы рекомендовано выполнить

- 3
- 1
- 2
- 4

Результаты обследования

С учетом результатов проведенного обследования и анамнеза заболевания выполнение ТАБ (тонкоигольная аспирационная биопсия) узла щитовидной железы под УЗ-контролем данному пациенту

- 3
- 1
- 2
- 4

Результаты обследования

В данном случае показано оперативное вмешательство в объеме

- тиреоидэктомии
- органосохраняющей правосторонней гемитиреоидэктомия без истумсэктомии

- органосохраняющей левосторонней гемитиреоидэктомия без истумсэктомии
- органосохраняющей правосторонней гемитиреоидэктомии с истумсэктомией

**Хирургическое лечение выполнено радикально, без осложнений.
Фасциально-фулярную лимфодиссекцию предпочтительно проводить в объеме**

- билатеральная лимфодиссекция (II-V)
- ЦЛД (центральная лимфодиссекция) {plus} унилатеральная левосторонняя лимфодиссекция (II-V)
- ЦЛД (центральная лимфодиссекция) {plus} унилатеральная правосторонняя лимфодиссекция (II-V)
- ЦЛД (центральная лимфодиссекция) {plus} билатеральная лимфодиссекция (II-V)

С точки зрения интраоперационной безопасности особое внимание при проведении тиреоидэктомии и шейной лимфодиссекции уделяют сохранению нормальной функции

- голосообразующего аппарата
- лимфатических путей шеи
- связочного аппарата шеи
- мышечного аппарата шеи

Помимо сохранения функционального состояния возвратного гортанного нерва особое внимание хирурги обращают на сохранение целостности

- поперечного нерва шеи (лат. n. transverses colli)
- добавочного нерва (ов) (лат. nervus accessorius)
- околощитовидных желез
- ветви шейного нервного сплетения (лат. plexus cervicalis)

При обнаружении непреднамеренно удаленных околощитовидных желез в ране их

- измельчают и имплантируют в мышцы шеи
- отправляют на срочное гистологическое исследование
- отправляют на плановое гистологическое исследование
- извлекают и тщательно промывают операционную рану, стремясь не допустить попадания их секрета на ткани

С целью профилактики гипокальциемических судорог в раннем послеоперационном периоде пациенту следует назначить

- препараты кальция{plus}колекальциферол
- препараты кальция{plus}препараты фосфора
- колекальциферол{plus}альфакальцидол
- препараты кальция{plus} альфакальцидол

Маркером с высокой диагностической ценностью в послеоперационном периоде является

- тиреотропный гормон (ТТГ)
- паратгормон (ПТГ)
- тиреоглобулин (ТГ)
- кальцитонин

В целях ранней диагностики рецидива и прогрессирования заболевания, контроля супрессивной гормонотерапии после достижения ремиссии и завершения лечения рекомендуется наблюдение пациента с любой формой РЩЖ у врача-детского онколога (до 18 лет), врача-онколога (после 18 лет) и эндокринолога с проведением контрольных обследований со следующей периодичностью:

- тиреотропный гормон (ТТГ)
- паратгормон (ПТГ)
- тиреоглобулин (ТГ)
- кальцитонин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 11 лет госпитализирован в отделение детской хирургии онкологического центра с направляющим диагнозом «Злокачественное новообразование околоушной слюнной железы».

Жалобы

При поступлении пациент объективных жалоб за исключением жалоб на наличие образования не предъявляет.

Анамнез заболевания

Анамнез заболевания со слов матери пациента, сопроводительной документации не предоставлено. Впервые родители заметили образование в правой околоушной области в мае 3 года назад. Обратились к детскому хирургу

по месту жительства. Выполнено МРТ с контрастным усилением: признаки объемного новообразования правой околоушной железы (нельзя исключить наличие аденокарциномы? рабдомиосаркомы?)

По месту жительства 3 года назад выполнена операция в объеме энуклеации новообразования. Гистологическое исследование: мукоэпидермальный рак.

Пересмотр препаратов по месту жительства - плеоморфная аденома.

Далее проводилось динамическое наблюдение (МРТ). Пареза мимической мускулатуры не отмечалось.

По данным МРТ (2 мес. назад) - увеличение новообразования до дооперационных размеров (данные МРТ не предоставлены), при клиническом осмотре определяется образование 30x25 мм.

Для дальнейшего обследования и лечения пациент направлен в специализированный детский онкологический центр.

Анамнез жизни

* Ребенок от I беременности, I срочных самостоятельных родов на сроке 38 нед. Вес при рождении 3086 г. Рост 52 см. Оценка по шкале Апгар 6/9 баллов, закричал после аспирации слизи из верхних дыхательных путей (крик громкий). Естественное вскармливание до 9 мес. Раннее развитие по возрасту.

Вакцинация согласно национальному календарю профилактических прививок.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ 1-2 р/год. Травмы, операции (за исключением удаления образования околоушной слюнной железы) отрицает. Наличие случаев опухолей слюнной железы в семье и у ближайших родственников пациент и его мать отрицают.

Объективный статус

Самочувствие страдает за счет имеющихся жалоб, пациент соматически стабилен. Показатели витальных функций: t (градусов Цельсия) 36.7. ЧД (в минуту) 16. ЧСС (уд.в мин) 87. АД сист. (мм рт. ст.) 104. АД диаст. (мм рт. ст.) 86. Положение активное. Менингеальных знаков нет. Очаговая симптоматика не выявляется. Кожа бледно-розовая, без патологических элементов, в правой околоушной области отмечается белый послеоперационный рубец. Визуально костно-мышечная система без особенностей. Дыхание через нос свободное, аускультативно дыхание везикулярное, проводится над всеми полями легких, патологических шумов нет. Кашля нет. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, перистальтика активная. Физиологические отправления — без патологии.

Status localis: лицо симметричное в покое и при мимических движениях. В правой околоушно-жевательной области пальпаторно определяется образование до 3,5 см, плотное, несмещаемое, пальпация образования безболезненная. Пальпаторно в области послеоперационного рубца

определяется уплотнение тканей; пальпация безболезненная, кожа над рубцом не изменена.

В комплекс предоперационной лабораторной диагностики входят

- тиреотропный гормон (ТТГ)
- паратгормон (ПТГ)
- тиреоглобулин (ТГ)
- кальцитонин

Результаты лабораторной диагностики

С целью оценки локализации образования и выявления регионарных и отдаленных метастазов показано проведение

- тиреотропный гормон (ТТГ)
- паратгормон (ПТГ)
- тиреоглобулин (ТГ)
- кальцитонин

Результаты обследования

С учетом результатов выполненного ранее инструментального обследования необходимым в данном клиническом случае диагностически значимым инструментальным исследованием с целью оценки локализации образования, связи с капсулой железы, возможного распространения на соседние анатомические структуры является

- тиреотропный гормон (ТТГ)
- паратгормон (ПТГ)
- тиреоглобулин (ТГ)
- кальцитонин

В данном случае (при поступлении пациента с подозрением на продолженный рост образования) предоперационная диагностика включает

- тиреотропный гормон (ТТГ)
- паратгормон (ПТГ)
- тиреоглобулин (ТГ)
- кальцитонин

Основным методом лечения опухолей слюнной железы у пациентов детского возраста, применяемым на первом этапе лечения, является

- комбинированная терапия (лучевая и ПХТ)
- адъювантная полихимиотерапия (ПХТ)
- хирургическое лечение
- лучевая терапия

В данном клиническом случае необходимо проведение реоперации в объеме

- энуклеации образования околоушной слюнной железы
- субтотальной резекции околоушной слюнной железы в плоскости ветвей тройничного нерва
- субтотальной резекции околоушной слюнной железы в плоскости ветвей лицевого нерва
- тотальной паротидэктомии

В данном клиническом случае предпочтительна фасциально-футлярная лимфодиссекция в объеме

- центральной фасциально-футлярной лимфодиссекции (VI)
- унилатеральной правосторонней шейной лимфодиссекции (II-V)
- унилатеральной левосторонней шейной лимфодиссекции (II-V)
- билатеральной шейной лимфодиссекции (II-V)

С точки зрения интраоперационной безопасности особое внимание при проведении паротидэктомии уделяют сохранению

- ствола лицевого нерва (n. facialis)
- жевательной мускулатуры
- стенсеновского протока (ductus parotideus)
- ствола тройничного нерва (n. trigeminus)

В случае неизбежности иссечения ветвей или ствола лицевого нерва, приводящего к нарушению его целостности на большом протяжении (2-7 см), показано

- выполнение перекрестной трансплантации нервов (n. hypoglossus или n. accessorius)
- выполнение замещения дефекта невральным аллотрансплантатом (n. auricularis magnus или n. suralis)
- выполнение замещения дефекта невральным аутоотрансплантатом (n. auricularis magnus или n. suralis)
- выполнение прямой нейрорафии (шов нерва)

С учетом морфологической природы образования (мукоэпидермальная карцинома, low grade, R0-резекция, мтс в регионарные лимфоузлы IIa-IIb.),

анамнеза и данных комплексной предоперационной диагностики на послеоперационном этапе рекомендовано проведение

- адъювантной полихимиотерапии и лучевой терапии
- лучевой терапии
- динамического наблюдения и реабилитации
- адъювантной полихимотерапии

В случае отставания мимических проб в послеоперационном периоде показано проведение

- регулярной мимической гимнастики под контролем фонатора и логопеда
- хирургического лечения в объеме пластики тройничного нерва
- регулярной мимической гимнастики под контролем фонатора и специалиста по лечебной физкультуре
- регулярной мимической гимнастики под контролем логопеда и специалиста по лечебной физкультуре

Объем диагностических мероприятий при контрольных обследованиях в данном клиническом случае включает

- регулярной мимической гимнастики под контролем фонатора и логопеда
- хирургического лечения в объеме пластики тройничного нерва
- регулярной мимической гимнастики под контролем фонатора и специалиста по лечебной физкультуре
- регулярной мимической гимнастики под контролем логопеда и специалиста по лечебной физкультуре

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 8 лет был направлен в онкологический центр в отделение онкологии и детской хирургии с направляющим диагнозом «злокачественное новообразование щитовидной железы».

Жалобы

При поступлении пациент активных жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

При плановом диспансерном обследовании 5 мес. назад по результатам УЗИ щитовидной железы по м/ж выявлено образование левой доли щитовидной

железы, до 20 мм в наибольшем из размеров. Ребенок консультирован эндокринологом по м/ж, исследован гормональный статус, изменений в анализах не было выявлено. Размеры узлового образования не увеличивались в динамике.

Дважды выполнялась ТАБ (тонкоигольная аспирационная биопсия). Согласно Bethesda оба препарата отнесены к I категории (недиагностический или неудовлетворительный пунктат). Со слов матери, пункция была затруднена «каменистой» плотностью узла щитовидной железы.

Анамнез жизни

* Ребенок от I беременности, I срочных родов на сроке 40 нед. Течение беременности: без осложнений. Вес при рождении 3560 г. Рост 52 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен через 2 часа. Естественное вскармливание до 6 мес. Вакцинация согласно национальному календарю профилактических прививок.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, острые бронхиты, пневмония, тонзиллит. Бронхиальная астма с 2014 г.

Объективный статус

Самочувствие объективно не страдает, пациент соматически стабилен. Показатели витальных функций: t (градусов Цельсия) 36.4. ЧД (в минуту) 18. ЧСС (уд.в мин) 85. АД сист. (мм рт. ст.) 98. АД диаст. (мм рт. ст.) 56. Положение активное. Менингеальных знаков нет. Очаговая симптоматика не выявляется. Кожа бледно-розовая, без патологических элементов. Костно-мышечная система визуально без особенностей. Дыхание через нос свободное, аускультативно дыхание везикулярное, проводится над всеми полями легких, патологических шумов нет. Одышки в покое и при физической нагрузке нет. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, перистальтика активная. Со слов матери пациента, стул регулярный (1 р. в сутки) без патологических примесей, мочеиспускание свободное, диурез не учитывается. Моча светлая, прозрачная, без патологических примесей. Status localis: шея визуально не деформирована. Пальпаторно щитовидная железа эластичной консистенции, узловые образования достоверно не определяются. Регионарные лимфатические узлы пальпаторно не изменены. Голосовая функция не нарушена.

Лабораторные исследования, включенные в базовый комплекс предоперационного лабораторного тестирования, включают

- регулярной мимической гимнастики под контролем фонатора и логопеда
- хирургического лечения в объеме пластики тройничного нерва

- регулярной мимической гимнастики под контролем фониатора и специалиста по лечебной физкультуре
- регулярной мимической гимнастики под контролем логопеда и специалиста по лечебной физкультуре

Результаты лабораторных исследований

Необходимые лабораторные исследования оценки гормонального статуса пациента в предоперационном периоде для оценки функционального состояния щитовидной железы включают определение уровня

- регулярной мимической гимнастики под контролем фониатора и логопеда
- хирургического лечения в объеме пластики тройничного нерва
- регулярной мимической гимнастики под контролем фониатора и специалиста по лечебной физкультуре
- регулярной мимической гимнастики под контролем логопеда и специалиста по лечебной физкультуре

Результаты лабораторных исследований

Методом инструментальной диагностики, рекомендованным для выполнения в рамках предоперационной диагностики пациента с новообразованием щитовидной железы, является

- регулярной мимической гимнастики под контролем фониатора и логопеда
- хирургического лечения в объеме пластики тройничного нерва
- регулярной мимической гимнастики под контролем фониатора и специалиста по лечебной физкультуре
- регулярной мимической гимнастики под контролем логопеда и специалиста по лечебной физкультуре

Результаты инструментальной диагностики

С учетом результатов проведенного обследования и анамнеза заболевания, проведение тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) узла щитовидной железы

+ _____ +
данному пациенту

- показано в качестве начального этапа диагностики
- не показано в связи с наличием выполнения более 2-х попыток ТАБ
- показано в качестве завершающего этапа диагностики

- не показано в связи с необходимостью ТАБ лимфоузла

Мать пациента отказалась в устной и письменной форме от проведения 3-ей попытки инвазивной манипуляции (ТАБ). В данном клиническом случае показано хирургическое лечение в объеме

- левосторонней гемитиреоидэктомии без истумсэктомии
- левосторонней гемитиреоидэктомии с истумсэктомией
- правосторонней гемитиреоидэктомии с истумсэктомией
- правосторонней гемитиреоидэктомии без истумсэктомии

С точки зрения интраоперационной безопасности особое внимание уделяют сохранению анатомической и функциональной целостности

- добавочного нерва (лат. nervus accessorius)
- двигательной ветви шейного нервного сплетения (лат. plexus cervicalis)
- чувствительной ветви шейного нервного сплетения (лат. plexus cervicalis)
- возвратного гортанного нерва (лат. nervus laryngeus recurrens)

Помимо сохранения функционального состояния возвратного гортанного нерва особое внимание хирурги обращают на сохранение целостности

- добавочного нерва(лат. nervus accessorius)
- ветви шейного нервного сплетения (лат. plexus cervicalis)
- поперечного нерва шеи (лат. n. transverses colli)
- околощитовидных желез

При обнаружении непреднамеренно удаленных околощитовидных желез в ране их

- отправляют на срочное гистологическое исследование
- отправляют на плановое гистологическое исследование
- извлекают и тщательно промывают операционную рану, стремясь не допустить попадания их секрета на ткани
- измельчают и имплантируют в мышцы шеи

Опираясь на описание гистологического исследования (среди нормальных тиреоидных фолликулов отмечено разрастание грубоволокнистой соединительной ткани, среди которой определяются разновеликие кистозные структуры, частично окруженные лимфоидной тканью, изнутри структуры, выстланные призматическим эпителием с единичными бокаловидными клетками, просвет кист пустой или заполнен гомогенным содержимым), предположительным диагнозом является

- отправляют на срочное гистологическое исследование
- отправляют на плановое гистологическое исследование
- извлекают и тщательно промывают операционную рану, стремясь не допустить попадания их секрета на ткани
- измельчают и имплантируют в мышцы шеи

Диагноз

Опухолевым маркером с высокой диагностической ценностью в послеоперационном периоде является

- кальцитонин
- тиреоглобулин (ТГ)
- тиреотропный гормон (ТТГ)
- паратгормон (ПТГ)

В целях ранней диагностики рецидива и прогрессирования заболевания, контроля супрессивной гормонотерапии после достижения ремиссии и завершения лечения рекомендуется наблюдение пациента с любой формой рака щитовидной железы у профильных специалистов со следующей периодичностью: 1-й год –

- каждый месяц
- каждые 2 месяца
- каждые 3 месяца
- каждые 6 месяцев

Согласно Международной классификации рTNM, 6-я редакция 2002 г. (Robbins K.T. et al.,2002) выделяют

- каждый месяц
- каждые 2 месяца
- каждые 3 месяца
- каждые 6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 15 лет госпитализирован в отделение детской хирургии онкологического центра согласно направлению хирурга из консультативного отделения указанного центра.

Жалобы

на

* слабость,

* утомляемость,

* крупное образование на боковой поверхности шеи слева.

Анамнез заболевания

Со слов законного представителя пациента 3,5 года назад в ходе плановой диспансеризации был выявлен узел щитовидной железы, пациент не был направлен на консультацию эндокринолога, родители не были уведомлены о выявленном узле щитовидной железы.

При прохождении последующих профосмотров указанная патология не была описана. Спустя три года при прохождении первичной постановки на воинский учет, пациент был направлен педиатром на УЗИ лимфатических узлов и консультацию хирурга в связи с пальпаторно выявленным объемным образованием шеи. На УЗИ лимфатических узлов определяется округлое эхопозитивное образование с четкими ровными контурами, размерами 35 x 16 мм, неоднородной структуры за счет множественных эхопозитивных включений, при ЦДК определяется невыраженный смешанный кровоток. Аналогичное образование по передней поверхности грудинно-ключично-сосцевидной мышцы в средней трети (липомы?).

На следующий день пациент осмотрен врачом-хирургом. Выставлен диагноз: «доброкачественное образование жировой ткани и подкожной клетчатки».

Рекомендовано хирургическое лечение в объеме удаления образования (пациентом и его родителями был оформлен письменный отказ от операции).

Через два месяца проведено повторное УЗИ: УЗ-признаки очаговых образований шеи. Лимфаденопатии шейных лимфоузлов. Пациент осмотрен онкологом. Выставлен диагноз: «Образование шеи. Лимфома?» Рекомендована пункция образования под контролем УЗИ (оформлен письменный отказ от проведения пункции).

Через две недели пациент консультирован врачом-эндокринологом. На основе данных лабораторной диагностики и УЗИ щитовидной железы выставлен диагноз: узловой зоб. В тот же день пациент консультирован хирургом. В связи с наличием образования шеи рекомендовано обследование в специализированном онкологическом центре.

Анамнез жизни

* Ребенок от I беременности, I родов на сроке 42 нед. Течение беременности: без осложнений. Вес при рождении 3670 г. Рост 52 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 9/9 баллов. Естественное вскармливание до 6 мес. Вакцинация согласно национальному календарю профилактических прививок.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, пиодермия в 2004 г., подчелюстной

лимфаденит в 2006 г., ветряная оспа в 2007 г., острый гайморит (стац.лечение), острый фаринготрахеит.

Объективный статус

Самочувствие страдает за счет имеющихся жалоб, пациент соматически стабилен. Показатели витальных функций: t (градусов Цельсия) 36.5. ЧД (в минуту) 18. ЧСС (уд.в мин) 83. АД сист. (мм рт. ст.) 112. АД диаст. (мм рт. ст.) 74. Положение активное. Менингеальных знаков нет. Очаговая симптоматика не выявляется. Кожа бледно-розовая, без патологических элементов. Дыхание через нос свободное, аускультативно дыхание везикулярное, проводится над всеми полями легких, патологических шумов нет. Кашля нет. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, перистальтика активная.

Физиологические отправления — без патологии.

Status localis: шея визуально деформирована за счет объемного конгломерата (до 5 см) спаянных лимфоузлов по боковой поверхности шеи слева, в треугольниках IIa-VI с двух сторон также определяются увеличенные лимфоузлы (до 2,5 см), плотно-эластичные, не спаяны с окружающими тканями, безболезненные при пальпации. Пальпаторно щитовидная железа эластичной консистенции, в левой доле определяется узловое образования до 3 см в месте наибольшего измерения. Голосовая функция не нарушена.

В комплекс предоперационной лабораторной диагностики входит

- каждый месяц
- каждые 2 месяца
- каждые 3 месяца
- каждые 6 месяцев

Результаты лабораторной диагностики

К необходимым лабораторным исследованиям для оценки гормонального статуса щитовидной железы и паращитовидных желез в предоперационном периоде относится

- каждый месяц
- каждые 2 месяца
- каждые 3 месяца
- каждые 6 месяцев

Результаты лабораторного обследования

К необходимым методам инструментальной диагностики, рекомендуемым для выполнения в рамках предоперационной диагностики пациента с новообразованием щитовидной железы, относится

- каждый месяц
- каждые 2 месяца
- каждые 3 месяца
- каждые 6 месяцев

Результаты инструментальной диагностики

С учетом результатов проведенного обследования и анамнеза заболевания выполнение ТАБ (тонкоигольная аспирационная биопсия) узла щитовидной железы под УЗ-контролем данному пациенту

- каждый месяц
- каждые 2 месяца
- каждые 3 месяца
- каждые 6 месяцев

Результаты обследования

Операцию предпочтительно проводить в объеме

- органосохраняющая правосторонняя гемитиреоидэктомия без истумсэктомии
- тиреоидэктомии
- органосохраняющая правосторонняя гемитиреоидэктомия с истумсэктомией
- органосохраняющая левосторонняя гемитиреоидэктомия без истумсэктомии

Хирургическое лечение выполнено радикально, без осложнений.

Фасциально-футлярную лимфодиссекцию в данном случае предпочтительно проводить в объеме

- ЦЛД (центральная лимфодиссекция) {plus} билатеральная лимфодиссекция (II-V)
- билатеральная лимфодиссекция (II-V)
- ЦЛД (центральная лимфодиссекция) {plus} унилатеральная правосторонняя лимфодиссекция (II-V)
- ЦЛД (центральная лимфодиссекция) {plus} унилатеральная левосторонняя лимфодиссекция (II-V)

С точки зрения интраоперационной безопасности особое внимание при проведении тиреоидэктомии и шейной лимфодиссекции уделяют сохранению нормальной функции

- связочного аппарата шеи
- голосообразующего аппарата
- мышечного аппарата шеи
- лимфатических путей шеи

Помимо сохранения функционального состояния возвратного гортанного нерва особое внимание хирурги обращают на сохранение целостности

- добавочного нерва (ов) (лат. nervus accessorius)
- поперечного нерва шеи (лат. n. transverses colli)
- околощитовидных желез
- ветви шейного нервного сплетения (лат. plexus cervicalis)

При обнаружении непреднамеренно удаленных околощитовидных желез в ране их

- отправляют на срочное гистологическое исследование
- отправляют на плановое гистологическое исследование
- извлекают и тщательно промывают операционную рану, стремясь не допустить попадания их секрета на ткани
- измельчают и имплантируют в мышцы шеи

С целью профилактики гипокальциемического судорог в раннем послеоперационном периоде пациенту следует назначить

- препараты кальция{plus}альфакальцидол
- колекальциферол{plus}альфакальцидол
- препараты кальция{plus}препараты фосфора
- препараты кальция{plus}колекальциферол

Опухолевым маркером с высокой диагностической ценностью в послеоперационном периоде является

- тиреотропный гормон (ТТГ)
- паратгормон (ПТГ)
- тиреоглобулин (ТГ)
- кальцитонин

В целях ранней диагностики рецидива и прогрессирования заболевания, контроля супрессивной гормонотерапии после достижения ремиссии и

завершения лечения рекомендуется наблюдение пациента с любой формой рака щитовидной железы у врача-детского онколога (до 18 лет), врача-онколога (после 18 лет) и эндокринолога с проведением контрольных обследований со следующей периодичностью

- тиреотропный гормон (ТТГ)
- паратгормон (ПТГ)
- тиреоглобулин (ТГ)
- кальцитонин

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 16 лет был направлен в онкологический центр в отделение онкологии и детской хирургии с направляющим диагнозом «новообразования щитовидной железы».

Жалобы

При поступлении пациент активных жалоб не предъявляет.

Анамнез заболевания

При прохождении медицинской комиссии выявлено увеличение щитовидной железы. По результатам УЗИ щитовидной железы: в правой доле щитовидной железы изоэхогенное узловое образование до 20x11,7 мм, с ровными четкими контурами, интенсивным кровотоком; у нижнего полюса - кальцинированное образование до 10,7x9,4 мм, с ровными четкими контурами, ближе к верхнему полюсу образование до 9,4x5 мм, неоднородной структуры с жидкостным компонентом и кальцинацией с кровотоком. Пациент осмотрен эндокринологом по месту жительства. Результаты определения гормонального статуса: ТТГ - 18,6 мМЕ/мл, Т4 свободный - 9,9 пмоль/л, тиреоглобулин - 1,76 нг/мл, АТ к ТГ - 10 МЕ/мл, кальцитонин менее 2 пг/мл. По месту жительства выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия (ТАБ). По данным цитологического исследования - многочисленные лимфоциты и солидная структура из клеток фолликулярного эпителия с образованием микрофолликулов, также отмечается большое количество измененных эритроцитов и их обломков, гемосидерин располагается внутри клеток, а также вне их, образуя обширные внеклеточные скопления, покрывающие весь препарат. По результатам магнитно-резонансной томографии мягких тканей шеи: образования правой доли ЩЖ. Компьютерная томография органов грудной клетки с контрастным усилением: наличие образований правой доли щитовидно железы.

Анамнез жизни

* Ребенок от IV беременности, IV родов на сроке 41 нед. Течение беременности: без осложнений. Вес при рождении 4060 г. Рост 50 см. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Естественное вскармливание до 9 мес. Вакцинация согласно национальному календарю профилактических прививок.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа.

Объективный статус

Самочувствие объективно не страдает, пациент соматически стабилен.

Показатели витальных функций: t (градусов Цельсия) 36.3. ЧД (в минуту) 18. ЧСС (уд.в мин) 71. АД сист. (мм рт. ст.) 122. АД диаст. (мм рт. ст.) 74. Положение активное. Менингеальных знаков нет. Очаговая симптоматика не выявляется. Кожа смуглая, без патологических элементов. Дыхание через нос свободное, аускультативно дыхание везикулярное, проводится над всеми полями легких, патологических шумов нет. Одышки в покое и при физической нагрузке нет. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные, патологические шумы не выслушиваются. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, перистальтика активная. Стул, со слов пациента регулярный (1 р. в сутки) без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, диурез не учитывается. Моча со слов пациента светлая, прозрачная, без патологических примесей.

Status localis: шея визуально не деформирована. Пальпаторно щитовидная железа эластичной консистенции, узловое образования достоверно не определяются. Регионарные лимфатические узлы пальпаторно не изменены. Голосовая функция не нарушена.

Лабораторные исследования, включенные в базовый комплекс предоперационного лабораторного тестирования, включают

- тиреотропный гормон (ТТГ)
- паратгормон (ПТГ)
- тиреоглобулин (ТГ)
- кальцитонин

Результаты лабораторных обследований

Необходимые лабораторные исследования оценки гормонального статуса пациента в предоперационном периоде для оценки функционального состояния щитовидной железы включают определение уровня

- тиреотропный гормон (ТТГ)
- паратгормон (ПТГ)
- тиреоглобулин (ТГ)

- кальцитонин

Результаты лабораторных исследований

Методом инструментальной диагностики, рекомендованным для выполнения в рамках предоперационной диагностики пациента с новообразованием щитовидной железы, является

- тиреотропный гормон (ТТГ)
- паратгормон (ПТГ)
- тиреоглобулин (ТГ)
- кальцитонин

**С учетом результатов проведенного обследования и анамнеза заболевания, проведение тонкоигольной аспирационной биопсии (ТАБ) узла щитовидной железы + _____ +
данному пациенту**

- показано в качестве завершающего этапа диагностики
- не показано в связи с необходимостью ТАБ лимфоузла
- не показано в связи с наличием выполнения более 2-х попыток ТАБ
- показано в качестве начального этапа диагностики

Мать пациента отказалась в устной и письменной форме от проведения 3-ей попытки инвазивной манипуляции (ТАБ). В данном клиническом случае показано хирургическое лечение в объеме

- правосторонней гемитиреоидэктомии с истумсэктомией
- левосторонней гемитиреоидэктомии с истумсэктомией
- правосторонней гемитиреоидэктомии без истумсэктомии
- левосторонней гемитиреоидэктомии без истумсэктомии

Операция выполнена без осложнений. По данным планового гистологического исследования, образование представлено фолликулярной аденомой с кистозной трансформацией на фоне аденоматозного зоба. С точки зрения интраоперационной безопасности особое внимание уделяют сохранению анатомической и функциональной целостности

- добавочного нерва (лат. nervus accessorius)
- возвратного гортанного нерва (лат. nervus laryngeus recurrens)
- чувствительной ветви шейного нервного сплетения (лат. plexus cervicalis)
- двигательной ветви шейного нервного сплетения (лат. plexus cervicalis)

Помимо сохранения функционального состояния возвратного гортанного нерва особое внимание хирурги обращают на сохранение целостности

- околощитовидных желез
- поперечного нерва шеи (лат. n. transverses colli)
- ветви шейного нервного сплетения (лат. plexus cervicalis)
- добавочного нерва (лат. nervus accessorius)

При обнаружении непреднамеренно удаленных околощитовидных желез в ране их

- извлекают и тщательно промывают операционную рану, стремясь не допустить попадания их секрета на ткани
- отправляют на срочное гистологическое исследование
- измельчают и имплантируют в мышцы шеи
- отправляют на плановое гистологическое исследование

Отсутствие пареза и/или паралича возвратных нервов (после хирургического вмешательства) можно исключить/подтвердить с помощью

- электронейромиографии (ЭНМГ)
- нейрофизиологического мониторинга (НФМ) возвратного гортанного нерва
- магнитно-резонансной томографии
- фиброларингоскопии (ФЛС)

Опухолевым маркером с высокой диагностической ценностью в послеоперационном периоде является

- тиреотропный гормон (ТТГ)
- паратгормон (ПТГ)
- тиреоглобулин (ТГ)
- кальцитонин

В целях ранней диагностики рецидива и прогрессирования заболевания, контроля супрессивной гормонотерапии после достижения ремиссии и завершения лечения рекомендуется наблюдение пациента с любой формой рака щитовидной железы у профильных специалистов со следующей периодичностью: первые 5 лет после хирургического лечения

- не реже 1 раза в год
- 1 раз в 2 года
- не реже 1 раза в полгода
- 2 раза в полгода

Согласно Международной классификации рTNM, 6-я редакция 2002 г. (Robbins K.T. et al.,2002) выделяют +____+ уровней лимфатических узлов шеи

- не реже 1 раза в год
- 1 раз в 2 года
- не реже 1 раза в полгода
- 2 раза в полгода

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 13 лет с матерью пришел на поликлинический прием к ортопеду.

Жалобы

на

- * боль и припухлость в правом коленном суставе,
- * ограничение в движении,
- * нарушение походки.

Анамнез заболевания

Два месяца назад появилась боль и припухлость в правом коленном суставе, ограничение в движении, нарушение походки. По данным рентгенографии коленного сустава выявлено образование в области метафиза по медиальной поверхности бедренной кости размерами 80x45 мм.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей. Роды в срок, самостоятельные. Вес при рождении 2800 г, рост 53 см. Вакцинирована по национальному календарю до возраста 13 лет.
- * Перенесенные заболевания: ветряная оспа в дошкольном возрасте, ОРВИ до 6 лет 10 раз в год. Наблюдение у специалистов: окулист: миопия 1 степени.
- * Травмы, операции: удаление аппендицита в возрасте 7 лет.

Объективный статус

Т – 36,6°С. АД=116/64 мм рт. ст. Пульс 79 уд/мин. ЧДД=18 в мин. Состояние стабильное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Геморрагический синдром не выражен. Костно-мышечная система: правая коленная область увеличена в объёме за счет образования в нижней трети правой бедренной кости, которое расположено медиально, при пальпации болезненное, плотное, неподвижное, размеры образования примерно 14x10 см, кожа над ним натянута, лоснится. Видимая слизистая ротовой полости розовая, влажная, чистая. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Тошноты, рвоты нет. Живот при пальпации мягкий,

безболезненный. Мочеотделение самостоятельное, безболезненное. Моча светло-желтая, прозрачная. Стул регулярный, без патологических примесей.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относится

- не реже 1 раза в год
- 1 раз в 2 года
- не реже 1 раза в полгода
- 2 раза в полгода

Результаты обследования

К инструментальным методам исследования, необходимыми для постановки диагноза, относится

- не реже 1 раза в год
- 1 раз в 2 года
- не реже 1 раза в полгода
- 2 раза в полгода

Результаты обследования

У данного пациента мы можем предположить наличие

- мягкотканной саркомы
- объемного образования дистального отдела правого бедра
- лимфомы
- остеомиелита

Тактикой дальнейшего ведения пациента является

- хирургическое лечение
- полихимиотерапия
- комбинированная терапия (полихимиотерапия, хирургическое лечение)
- лучевая терапия

Данному ребенку необходимо провести

- аспирационную биопсию костного мозга из четырех точек с морфологическим исследованием костного мозга
- сцинтиграфию с ^{123}I - МЙБГ
- цитогенетическое исследование
- биопсию опухоли для определения гистогенеза

Дальнейшей тактикой ведения пациента является

- лучевая терапия
- наблюдение
- биопсия образования
- полихимиотерапия

Основным методом исследования для постановки диагноза является

- позитронно-эмиссионная томография тела
- сцинтиграфия с ^{123}I - МЙБГ
- высокопроизводительное секвенирование ткани опухоли
- гистологическое исследование

Были получены результаты гистологического исследования. *Заключение:* морфологическая картина соответствует остеосаркоме, хондробластическому варианту. Окончательный диагноз в данном случае может быть сформулирован, как

- позитронно-эмиссионная томография тела
- сцинтиграфия с ^{123}I - МЙБГ
- высокопроизводительное секвенирование ткани опухоли
- гистологическое исследование

Диагноз

Установлен диагноз: Конвенциональная остеосаркома правой бедренной кости, хондробластический вариант, T2N0M1a. Стадия IVA по AJCC. Стадия 3b по Enneking. Дальнейшая тактика ведения пациента состоит в

- наблюдении
- полихимиотерапии
- комбинированной терапии (полихимиотерапия, хирургическое лечение)
- лучевой терапии

В первые два года диспансерного наблюдения данному пациенту показано МРТ правой нижней конечности с частотой

- 1 раз в 6 месяцев
- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 4 месяца

В первые два года диспансерного наблюдения данной пациентке показана компьютерная томография грудной клетки с частотой

- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в 1 месяц
- каждые 3 недели
- 1 раз в год

В первые два года диспансерного наблюдения данной пациентке показана сцинтиграфия костей скелета с технецием с частотой

- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в 1 месяц
- каждые 3 недели
- 1 раз в год

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 14 лет с мамой пришел на поликлинический прием к ортопеду.

Жалобы

на

* боли и припухлость в правом коленном суставе.

Анамнез заболевания

Пять месяцев назад появились боли и припухлость в области правого коленного сустава. Три месяца назад по данным рентгенографии коленных суставов в 2-х проекциях выявлен остеосклероз проксимального метафиза правой большеберцовой кости с бахромчатым периостом по медиальной и задним поверхностям.

Анамнез жизни

* Ребенок от 1 беременности, протекавшей на фоне ОРВИ, угрозы прерывания на сроке 19 недель, артериальной гипотонии. Роды в срок, самостоятельные. Масса при рождении 3350 г., длина 52 см. Вакцинирован по национальному календарю до возраста 14 лет.

* Перенесенные заболевания: ветряная оспа, подчелюстной лимфаденит (2008 г.), острый средний отит (2008, 2010 г.), ОРВИ 1-2 раза в год. Наблюдение у специалистов: - невролог: миотонический синдром на 1 году жизни.- ортопед: плоско-вальгусная стопа.

* Травмы, операции: по поводу гангренозного аппендицита, оментита, местного серозного перитонита в 2017 г.

Объективный статус

T – 36,6°C. АД=115/63 мм рт. ст. Пульс 78 уд/мин. ЧДД=18 в мин. Состояние стабильное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Геморрагический синдром не выражен. Костно-мышечная: сгибательная контрактура правого коленного сустава. В области верхней трети правой голени пальпируется чувствительное плотное выбухание, в диаметре примерно до 3 см. Видимые слизистые ротовой полости розовые, влажные, чистые. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Тошноты, рвоты нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Мочеотделение самостоятельное, безболезненное. Моча светло-желтая, прозрачная. Стул регулярный, без патологических примесей.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относится

- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в 1 месяц
- каждые 3 недели
- 1 раз в год

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относится

- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в 1 месяц
- каждые 3 недели
- 1 раз в год

Результаты обследования

У данного пациента можно предположить

- остеомиелит
- мягкотканную саркому
- объемное образование верхней трети правой большеберцовой кости
- лимфому

Тактика дальнейшего ведения пациента подразумевает назначение

- лучевой терапии
- полихимиотерапии
- хирургического лечения

- комбинированной терапии (полихимиотерапия, хирургическое лечение)

Из обследований данному ребенку необходимо провести

- аспирационную биопсию костного мозга из четырех точек с морфологическим исследованием костного мозга
- сцинтиграфию с ^{123}I - МЙБГ
- биопсию опухоли для определения гистогенеза
- цитогенетическое исследование

Основным методом исследования для постановки диагноза является

- лучевая терапия
- биопсия образования
- наблюдение
- полихимиотерапия

Для формирования полного диагноза показано проведение

- высокопроизводительного секвенирования ткани опухоли
- гистологического исследования
- сцинтиграфии с ^{123}I - МЙБГ
- позитронно-эмиссионной томографии тела

Были получены результаты гистологического исследования. *Заключение:* морфологическая картина соответствует конвенциональной остеосаркоме, остеобластическому варианту. Окончательный диагноз может быть сформулирован, как

- высокопроизводительного секвенирования ткани опухоли
- гистологического исследования
- сцинтиграфии с ^{123}I - МЙБГ
- позитронно-эмиссионной томографии тела

Диагноз

Дальнейшей тактикой ведения пациента является проведение

- наблюдение
- полихимиотерапии
- комбинированной терапии (полихимиотерапия, хирургическое лечение)
- лучевой терапии

МРТ правой нижней конечности в первые два года диспансерного наблюдения данному пациенту показаны с частотой

- 1 раз в 4 месяца
- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в 6 месяцев
- 1 раз в месяц

Компьютерная томография грудной клетки в первые два года диспансерного наблюдения данному пациенту показаны с частотой

- 1 раз в 1 месяц
- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в год
- каждые 3 недели

Сцинтиграфия костей скелета с технецием в первые два года диспансерного наблюдения данному пациенту показаны с частотой

- 1 раз в 1 месяц
- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в год
- каждые 3 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 16 лет с мамой пришел на повторный прием к ортопеду в поликлинику.

Жалобы

на

- * боли непрерывного характера, локализованные в левой поясничной области, иррадиирующие на заднюю поверхность левого бедра, голени,
- * стойкую субфебрильную температуру в течение недели,
- * хромоту на левую нижнюю конечность.

Анамнез заболевания

Полгода назад появились боли в крестцово-копчиковой области с иррадиацией на заднюю поверхность левого бедра. 5 месяцев назад находился на лечении в стационаре по месту жительства с диагнозом Люмбоишиалгия. Проведено лечение (кеторолак, цефотаксим, метамизол натрия, преднизолон, дипиридамол), без эффекта.

Анамнез жизни

- * Ребенок от 2 беременности (1 беременность - 2003 г. - самопроизвольный выкидыш на сроке 9 нед), от первых срочных родов с массой тела 3200 г,

длиной 52 см. 15 лет назад проведена коррекция косолапости по Зацепину справа, в августе 2005 года - коррекция косолапости по Зацепину слева. Послеоперационный период прошел благополучно. В дальнейшем неоднократно проходил амбулаторное лечение. Наблюдается у ортопеда. Вакцинирован по национальному календарю до возраста 14 лет.

* Перенесенные заболевания: С возраста 1 г наблюдается у пульмонолога по поводу бронхиальной астмы. ОРВИ 4-5 р/год. За последний год перенес правостороннюю верхнедолевую пневмонию, 4 эпизода обострения бронхиальной астмы. Ветрянку оспу перенес в возрасте 2 лет.

Объективный статус

Т – 36,6°С. АД=112/65 мм рт. ст. Пульс 79 уд/мин. ЧДД 18 в мин. Состояние стабильное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Геморрагический синдром не выражен. Костно-мышечная система без видимой патологии. Ограничение активных движений в левом тазобедренном и левом коленном суставах. Видимые слизистые ротовой полости розовые, влажные, чистые. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Тошноты, рвоты нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Мочеотделение самостоятельное, безболезненное. Моча светло-желтая, прозрачная. Стул регулярный, без патологических примесей.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относится

- 1 раз в 1 месяц
- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в год
- каждые 3 недели

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относится

- 1 раз в 1 месяц
- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в год
- каждые 3 недели

Результаты обследования

У данного пациента можно предположить

- лимфому

- остеомиелит
- мягкотканную саркому
- объемное образование крестцовой области

Тактикой дальнейшего ведения пациента является проведение

- полихимиотерапия
- хирургического лечения
- лучевой терапии
- комплексной терапия (полихимиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение)

Одним из важнейших методов обследования в случае данного пациента является

- сцинтиграфия с ^{123}I - МЙБГ
- УЗИ вен шеи
- биопсия опухоли для определения гистогенеза
- электрокардиография в покое

Дальнейшей тактикой в отношении данного пациента является проведение

- полихимиотерапии
- наблюдения
- биопсии образования
- лучевой терапии

Морфологическая картина и иммунофенотип саркомы Юинга. Необходимым исследованием для формирования полного диагноза является

- реносцинтиграфия
- позитронно-эмиссионная томография тела
- цитогенетическое исследование ткани опухоли с использованием метода FISH
- высокопроизводительное секвенирование ткани опухоли

При исследовании методом FISH обнаружена перестройка ген EWSR1. Окончательный диагноз может быть сформулирован, как

- реносцинтиграфия
- позитронно-эмиссионная томография тела
- цитогенетическое исследование ткани опухоли с использованием метода FISH
- высокопроизводительное секвенирование ткани опухоли

Диагноз

Дальнейшей тактикой ведения пациента является

- полихимиотерапия
- лучевая терапия
- комплексная терапия (полихимиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение)
- наблюдение

В первые два года диспансерного наблюдения данной пациентке показано МРТ органов малого таза с частотой

- 1 раз в 4 месяца
- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 6 месяцев

В первые два года диспансерного наблюдения данной пациентке показана компьютерная томография грудной клетки с частотой

- 1 раз в 1 месяц
- 1 раз в год
- 1 раз в 3 месяца
- каждые 3 недели

В первые два года диспансерного наблюдения данной пациентке показана сцинтиграфия костей скелета с технецием с частотой

- 1 раз в 1 месяц
- 1 раз в год
- 1 раз в 3 месяца
- каждые 3 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 15 лет госпитализирован в хирургический стационар.

Жалобы

на

* боли по задней поверхности левого бедра, иррадиирующие в голень.

Анамнез заболевания

Три месяца назад появились боли в задне-латеральной поверхности левого бедра, иррадиирующие в верхнюю треть голени. По месту жительства выполнена рентгенография костей таза и нижних конечностей - без патологии, по данным МРТ протрузия L-4. Получила курс физиотерапии, лечебной физкультуры и массажа с кратковременным положительным эффектом. Месяц назад отмечено усиление болевого синдрома, получила курс НПВС без эффекта.

Анамнез жизни

* Ребенок от 1-й беременности, протекавшей без осложнений. От 1-х самостоятельных срочных родов. Вес при рождении 3540 г, длина тела 53 см. Ранее развитие по возрасту. На диспансерном учете не состоит. Травмы и операции отрицает. Вакцинирована по национальному календарю.

* Перенесла: ОРВИ, ветрянную оспу.

Объективный статус

T – 36,6°C. АД=112/65 мм рт. ст. Пульс 79 уд/мин. ЧДД=18 в мин. Состояние стабильное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Геморрагический синдром не выражен. Костно-мышечная система без видимой патологии. Ограничение активных движений в левом тазобедренном суставе. Видимые слизистые ротовой полости розовые, влажные, чистые. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Тошноты, рвоты нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Мочеотделение самостоятельное, безболезненное. Моча светло-желтая, прозрачная. Стул регулярный, без патологических примесей.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- 1 раз в 1 месяц
- 1 раз в год
- 1 раз в 3 месяца
- каждые 3 недели

Результаты обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относится

- 1 раз в 1 месяц
- 1 раз в год
- 1 раз в 3 месяца
- каждые 3 недели

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом у данного пациента является

- остеомиелит
- мягкотканная саркома
- объемное образование подвздошной кости
- лимфома

Тактикой дальнейшего ведения пациента будет проведение

- хирургического лечения
- комплексной терапии (полихимиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение)
- полихимиотерапии
- лучевой терапии

Основным методом обследования, необходимым для постановки диагноза, является

- биопсия опухоли для определения гистогенеза
- сцинтиграфия с ^{123}I - МЙБГ
- эхокардиография в покое
- УЗИ вен шеи

Дальнейшей тактикой ведения пациента будет являться

- биопсия образования
- полихимиотерапия
- лучевая терапия
- наблюдение

Для формирования полного диагноза необходимо провести

- высокопроизводительное секвенирование ткани опухоли
- позитронно-эмиссионную томографию тела
- реносцинтиграфию
- цитогенетическое исследование ткани опухоли с использованием метода FISH

При исследовании методом FISH обнаружена перестройка гена `_FUS_`, перестройки гена `_EWSR1_` не обнаружено.

Учитывая результаты исследования, окончательным диагнозом данного пациента является

- высокопроизводительное секвенирование ткани опухоли
- позитронно-эмиссионную томографию тела
- реносцинтиграфию
- цитогенетическое исследование ткани опухоли с использованием метода FISH

Диагноз

Установлен диагноз Саркома Юинга левой подвздошной кости. Стадия III. T3N0M0 (skip-mts). Перестройка гена FUS. Группа стандартного риска. Дальнейшей тактикой ведения пациента будет являться

- полихимиотерапия
- наблюдение
- лучевая терапия
- комплексная терапия (полихимиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение)

В первые два года диспансерного наблюдения данной пациентке показано МРТ органов малого таза с частотой

- 1 раз в 4 месяца
- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в 6 месяцев
- 1 раз в месяц

В первые два года диспансерного наблюдения данной пациентке показана компьютерная томография грудной клетки с частотой

- каждые 3 недели
- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в год
- 1 раз в 1 месяц

В первые два года диспансерного наблюдения данной пациентке показана сцинтиграфия костей скелета с технецием с частотой

- каждые 3 недели
- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в год
- 1 раз в 1 месяц

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 15 лет с мамой пришел в поликлинику к педиатру.

Жалобы

на

* боли непрерывного характера, локализованные в правой поясничной области, иррадиирующие на заднюю поверхность правого бедра, голени.

Анамнез заболевания

Полгода назад появились боли в крестцово-копчиковой области с иррадиацией на заднюю поверхность правого бедра. Получал терапию по месту жительства (кеторолак, метамизол натрия, дипиридамол), без эффекта.

Анамнез жизни

* Ребенок от 1 беременности, первых срочных родов с массой тела 3400 г, длиной тела 54 см. Вакцинирован по национальному календарю до возраста 14 лет.

* Перенесенные заболевания: ОРВИ 4-5 р/год. Ветряную оспу перенес в возрасте 3 лет.

Объективный статус

Т – 37,9°C. АД=123/65 мм рт. ст. Пульс 91 уд/мин. ЧДД=18 в мин. Состояние стабильное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Геморрагический синдром не выражен. Костно-мышечная система без видимой патологии. Ограничение активных движений в правом тазобедренном суставе. Видимые слизистые ротовой полости розовые, влажные, чистые. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Тошноты, рвоты нет. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Мочеотделение самостоятельное, безболезненное. Моча светло-желтая, прозрачная. Стул регулярный, без патологических примесей.

К необходимому в данной ситуации лабораторным методам исследования относится

- каждые 3 недели
- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в год
- 1 раз в 1 месяц

Результаты обследования

К необходимому для постановки диагноза инструментальным методам исследования относится

- каждые 3 недели
- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в год
- 1 раз в 1 месяц

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом у данного пациента является

- объемное образование крестцовой области
- лимфома
- хондросаркома
- остеомиелит

Тактикой дальнейшего ведения пациента будет являться

- комплексная терапия (полихимиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение)
- лучевая терапия
- хирургическое лечение
- полихимиотерапия

Объем обследования, необходимый в данном случае, предполагает проведение

- УЗИ вен шеи
- сцинтиграфии с ^{123}I - МЙБГ
- эхокардиографии в покое
- биопсии опухоли для определения гистогенеза

Дальнейшая тактика для постановки диагноза подразумевает проведение

- наблюдения
- биопсии образования
- полихимиотерапии
- лучевой терапии

Морфологическая картина и иммунофенотип саркомы Юинга.

Исследованием, необходимым для формирования полного диагноза является

- реносцинтиграфия
- цитогенетическое исследование ткани опухоли с использованием метода FISH
- позитронно-эмиссионная томография тела
- высокопроизводительное секвенирование ткани опухоли

**При исследовании методом FISH обнаружена перестройка гена EWSR1.
Учитывая результаты исследования, окончательным диагнозом данного
пациента является**

- реносцинтиграфия
- цитогенетическое исследование ткани опухоли с использованием метода FISH
- позитронно-эмиссионная томография тела
- высокопроизводительное секвенирование ткани опухоли

Диагноз

Дальнейшей тактикой ведения пациента будет проведение

- полихимиотерапии
- наблюдения
- комплексной терапии (полихимиотерапия, лучевая терапия, хирургическое лечение)
- лучевой терапии

**В первые два года диспансерного наблюдения данной пациентке показано
МРТ органов малого таза с частотой 1 раз в**

- 3 месяца
- месяц
- 6 месяцев
- 4 месяца

**В первые два года диспансерного наблюдения данной пациентке показана
компьютерная томография грудной клетки с частотой**

- 1 раз в 1 месяц
- каждые 3 недели
- 1 раз в год
- 1 раз в 3 месяца

**В первые два года диспансерного наблюдения данной пациентке показана
сцинтиграфия костей скелета с технецием с частотой**

- 1 раз в 1 месяц
- каждые 3 недели
- 1 раз в год
- 1 раз в 3 месяца

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мама с ребенком 1 года госпитализированы в специализированный стационар в связи с подозрением на наличие злокачественного новообразования забрюшинного пространства.

Жалобы

на

- * учащение и разжижение стула,
- * повышение температуры тела до 39°C ,
- * потерю веса.

Анамнез заболевания

Ребенок заболел остро в возрасте 1 года, когда появилась фебрильная температура тела, диарейный синдром, потеря веса. Госпитализирован в педиатрическое отделение по месту жительства, где по данным выполненной компьютерной томографии органов брюшной полости обнаружено объемное образование в забрюшинном пространстве. Ребенок направлен в специализированный стационар.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, 2 самостоятельных родов на сроке 40-41 недель. Течение беременности на фоне токсикоза и повышения тонуса матки в 1-м триместре, анемии. Вес при рождении 3400 г. Рост 52 см. Закричал сразу. По шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен сразу. БЦЖ, гепатит В (V1) - проведено в роддоме. Естественное вскармливание до 11 мес. Профилактические прививки по календарю до 3-х месяцев (гепатит В (V2), АКДС (V1)). Перенесенные заболевания: острая респираторная вирусная инфекция.

Объективный статус

Рост 77.5 см, вес 7.1 кг. t 36.9°C . ЧД 32 в минуту. ЧСС 132 уд в мин. АД=86/55 мм рт. ст. Состояние тяжелое по заболеванию, стабильное. Не лихорадит.

Самочувствие страдает за счет астенизации и интоксикации. В сознании, на осмотр реагирует адекватно, улыбается. Телосложение нормостеническое. Кожа чистая, бледная, суховатая. Тургор тканей снижен. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо. Отеков нет.

Язык чистый, влажный. Слизистая оболочка ротовой полости чистая, бледно-розовая, влажная. Небные дужки умеренно гиперемированы. Миндалины обычные. Лимфатические узлы не пальпируются. Костно-мышечная система без особенностей. Носовое дыхание свободное. В легких дыхание пуэрильное, равномерно проводится по всем полям, хрипов нет. Область сердца не

изменена. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Живот увеличен, симметричен, умеренно вздут, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень выступает из подреберья на 1,5 см, безболезненная, эластичная. Селезенка не пальпируется. Стул разжиженный, до 4-5 раз в день, без патологических примесей. Диурез адекватный. Менингеальных знаков нет. Очаговая симптоматика не выявляется. Эндокринологический статус визуально без особенностей.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относится определение

- 1 раз в 1 месяц
- каждые 3 недели
- 1 раз в год
- 1 раз в 3 месяца

Результаты обследования

К необходимым для уточнения диагноза инструментальным методам исследования относится

- 1 раз в 1 месяц
- каждые 3 недели
- 1 раз в год
- 1 раз в 3 месяца

Результаты обследования

Учитывая проведенные исследования, у пациента можно предположить наличие

- объемного образования забрюшинного пространства нейrogenной природы
- гематомы забрюшинного пространства
- панкреатобластомы
- лимфомы Ходжкина

У ребенка имеется паранеопластический синдром в виде

- онкогенной остеомалации
- синдрома опсоклонус-милоклонус
- секреторной диареи
- миастенического синдрома

Для установления окончательного диагноза пациенту необходимо выполнить

- онкогенной остеомалации
- синдрома опсоклонус-милоклонус
- секреторной диареи
- миастенического синдрома

Результаты обследования

С учетом наличия МЙБГ-негативной опухоли, с целью поиска метастатических очагов может быть применен метод

- сцинтиграфии всего тела с ¹²³йодидом натрия
- позитронно-эмиссионной томографии с ^{18F}-фтордезоксиглюкозой (18F-ФДГ)
- компьютерной томографии всего тела
- сцинтиграфии костей скелета с ^{99m}технецием

При наличии измененных лимфатических узлов по данным ультразвукового исследования и компьютерной томографии, сомнительных изменений по данным позитронно-эмиссионной томографии, для достоверной оценки наличия отдаленных метастазов ребенку показано проведение

- повторного ультразвукового исследования измененных областей
- биопсии всех измененных лимфатических узлов
- повторного проведения компьютерной томографии измененных областей
- биопсии наиболее доступного лимфатического узла

По данным позитронно-эмиссионной томографии у ребенка имеется накопление радиофармпрепарата в области надключичного лимфатического узла слева, параортальных лимфатических узлов средостения и забрюшинного пространства. С учетом проведенных исследований ребенку устанавливается + ____ + стадия заболевания по INSS

- 4
- 1
- 2
- 3

С учетом всех проведенных лабораторных и инструментальных исследований, а также результатов цитогенетического анализа (обнаружена амплификация MYCN; делеции 1p и 11q не обнаружено), в рамках

протокола NB-2004 ребенок стратифицируется в группу + _____ + риска

- НИЗКОГО
- ВЫСОКОГО
- промежуточного
- очень высокого

Общим планом лечения для данного пациента является

- проведение комбинированного лечения, включающего полихимиотерапию и удаление образования забрюшинного пространства
- проведение лучевой терапии на область первичной опухоли
- проведение аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
- симптоматическое лечение диареи

К развитию секреторной диареи при нейробластоме приводит гиперсекреция

- вазоинтестинального пептида
- панкреатического полипептида
- соматотропного гормона
- натрийуретического пептида типа В

Частичный ответ на терапию констатируют в случае уменьшения первичной опухоли более, чем на + ____ + %

- вазоинтестинального пептида
- панкреатического полипептида
- соматотропного гормона
- натрийуретического пептида типа В

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мама с ребенком 6 мес. госпитализированы в специализированный стационар в связи с подозрением на наличие злокачественного новообразования забрюшинного пространства.

Жалобы

на

- * задержку мочи,
- * общую слабость.

Анамнез заболевания

В возрасте 5,5 месяцев появились жалобы на затруднение мочеиспускания, общее беспокойство ребенка. Госпитализированы в хирургическое отделение по месту жительства. По данным ультразвукового исследования брюшной полости в мезогастральной области обнаружено образование с проходящими в нем множественными сосудами, размерами 81x58x78 мм.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности (1 - замершая беременность), протекавшей без особенностей. Роды 1 на сроке 40 недель, оперативные (крупный плод). Вес 4390 г, длина тела 57 см. По шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен сразу. БЦЖ, гепатит В – проведены в роддоме. Выписаны на 14 сутки (затяжная желтуха, гемолитическая болезнь по АВ0).

Объективный статус

Рост 75 см. Вес 8 кг. Т – 36,6°С. АД=85/45 мм рт. ст. Пульс 118 уд/мин. ЧДД=30 в мин. Состояние тяжелое по основному заболеванию, стабильное. Сознание ясное, на осмотр реагирует адекватно двигательным и эмоциональным возбуждением. Кожные покровы бледно-розового цвета, умеренной влажности. Слизистая оболочка розовая, чистая, влажная.

Грудная клетка нормостенической формы, симметрично участвует в акте дыхания, аускультативно дыхание пуэрильное, проводится по всем легочным полям, хрипов нет. Носовое дыхание свободное. Тоны сердца звучные, ритмичные. Патологических шумов нет.

Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, не вздут. В нижних отделах живота пальпируется плотное опухолевидное образование, округлой формы, эластической консистенции.

Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики нет.

Отмечается тенденция к задержке мочи. Стул регулярный, самостоятельный, кашицеобразный, без патологических примесей.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относится определение

- вазоинтестинального пептида
- панкреатического полипептида
- соматотропного гормона
- натрийуретического пептида типа В

Результаты обследования

К необходимым для уточнения диагноза инструментальным методам исследования относится

- вазоинтестинального пептида
- панкреатического полипептида
- соматотропного гормона
- натрийуретического пептида типа В

Результаты обследования

Учитывая результаты проведенных исследований, у пациента можно заподозрить

- гематому забрюшинного пространства
- гепатобластому правой доли печени
- тератому крестцово-копчиковой области
- объемное образование малого таза нейrogenной природы

Следующим этапом ребенку показано проведение

- биопсии образования
- полихимиотерапии
- лучевой терапии
- наблюдения

У пациента гистологически верифицирована низкодифференцированная нейробластома без неблагоприятных цитогенетических аномалий. Для установления окончательного диагноза пациенту необходимо выполнить

- биопсии образования
- полихимиотерапии
- лучевой терапии
- наблюдения

Результаты обследования

С учетом проведенных исследований у ребенка имеет место

- биопсии образования
- полихимиотерапии
- лучевой терапии
- наблюдения

Диагноз

С учетом проведенных исследований ребенку устанавливается + ____ + стадия заболевания по INSS

- 1
- 3
- 2
- 4

С учетом всех проведенных лабораторных и инструментальных исследований в рамках протокола NB-2004 ребенок стратифицируется в группу

+ _____ + риска

- низкого
- очень высокого
- промежуточного
- высокого

Общим планом лечения для данного пациента является

- проведение лучевой терапии на область первичной опухоли
- проведение аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
- проведение комбинированного лечения, включающего полихимиотерапию и удаление образования забрюшинного пространства
- наблюдение

На фоне проведения полихимиотерапии у данного больного развилась диарея (стул до 9-10 раз в сутки). Симптомы усилились при проведении следующих курсов, сопровождались гиперпродукцией вазоактивного интестинального пептида в сыворотке крови. Данное состояние можно трактовать, как

- неспецифический колит
- кишечная инфекция
- паранеопластический синдром (секреторная диарея)
- первичный сахарный диабет

Секреторная диарея чаще развивается при локализации опухоли в

- области шеи
- параспинальной области на уровне поясничных позвонков
- забрюшинном пространстве
- заднем средостении

Очень хороший частичный ответ на терапию констатируют в случае уменьшения первичной опухоли более, чем на + ____ + %

- области шеи
- параспинальной области на уровне поясничных позвонков
- забрюшинном пространстве
- заднем средостении

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 6 мес. с подозрением на наличие объемного (опухолевого) образования в забрюшинном пространстве направлен в специализированный стационар для проведения комплексного обследования, установки диагноза и определения дальнейшей тактики терапии.

Жалобы

на

* наличие плотного образования в животе.

Анамнез заболевания

Со слов матери, с рождения наблюдался по поводу увеличения лоханки левой почки, асимметрии размеров почек. При плановом обследовании в 5 месяцев по данным УЗИ: слева между верхним полюсом левой почки и селезенки визуализируется округлое образование, с четкими контурами, размерами 120x96x100 мм. Направлен на прием к онкологу.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов, в 40 недель. Вес при рождении 3490 г, рост 52 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. БЦЖ и гепатит проведены в роддоме. Вскармливание грудное.

Объективный статус

T – 36,6°C. АД=87/45 мм рт. ст. Пульс 112 уд/мин. ЧДД=30 в мин.

При осмотре ребенок спокоен. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, видимые слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание не нарушено.

Аускультативно в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Гемодинамика стабильная. Живот увеличен в объеме за счет пальпируемого плотного образования, диаметром до 10 см.

Печень и селезенка не пальпируются. Грудное вскармливание, усваивает, объем съедаемой пищи соответствует возрастным нормам. Физиологические отправления в норме.

Status localis: на коже левой височной области отмечается незначительное уплотнение округлой формы, до 1,5 см в диаметре.

К необходимыми для постановки диагноза лабораторным методам обследования относится

- области шеи
- параспинальной области на уровне поясничных позвонков
- забрюшинном пространстве
- заднем средостении

Результаты обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для уточнения диагноза в данной ситуации относится

- области шеи
- параспинальной области на уровне поясничных позвонков
- забрюшинном пространстве
- заднем средостении

Результаты обследования

На основании данных компьютерной томографии, сцинтиграфии с МЙБГ и уровня онкомаркеров у данного пациента можно предположить диагноз

- лимфома Ходжкина
- нейробластома забрюшинного пространства с метастатическим поражением мягких тканей височной области, костей скелета
- саркома Юинга левой височной области с поражением мезентериальных лимфоузлов
- рабдомиосаркома мягких тканей левой височной области с поражением лимфоузлов брюшной полости

Для окончательной постановки диагноза необходимо выполнить

- лимфома Ходжкина
- нейробластома забрюшинного пространства с метастатическим поражением мягких тканей височной области, костей скелета
- саркома Юинга левой височной области с поражением мезентериальных лимфоузлов
- рабдомиосаркома мягких тканей левой височной области с поражением лимфоузлов брюшной полости

Результаты обследования

Дополнительная информация

У пациента получен результат биопсии мягких тканей правой височной области. Гистологическое заключение: Метастаз нейробластомы.

Цитогенетическое исследование ткани опухоли (методом FISH): при исследовании методом FISH амплификации гена MYCN не обнаружено, делеции 1p не обнаружено, делеции 11q23 не обнаружено.

Окончательный диагноз у данного пациента может быть сформулирован, как

- лимфома Ходжкина
- нейробластома забрюшинного пространства с метастатическим поражением мягких тканей височной области, костей скелета
- саркома Юинга левой височной области с поражением мезентериальных лимфоузлов
- рабдомиосаркома мягких тканей левой височной области с поражением лимфоузлов брюшной полости

Диагноз

Общий план лечения пациента включает

- 10 курсов индукционной химиотерапии, 6 курсов поддерживающей терапии, лучевая терапия
- 6 курсов индукционной химиотерапии, оперативное вмешательство, высокодозная полихимиотерапия с поддержкой аутологичными стволовыми клетками, лучевая и дифференцировочная терапия
- 10 курсов индукционной химиотерапии, оперативное вмешательство, сбор периферических стволовых клеток, высокодозная полихимиотерапия, высокодозная полихимиотерапия с поддержкой аутологичными стволовыми клетками, лучевая и дифференцировочная терапия
- 6 курсов индукционной химиотерапии, оперативное вмешательство, 4 курса поддерживающей терапии, дифференцировочная терапия, {plus}/- лучевая терапия

После 4-х курсов индукционной химиотерапии пациенту было проведено контрольное обследование (компьютерная томография органов брюшной полости с контрастным усилением), по данным которого отмечается положительная динамика в виде сокращения опухоли на 55%. Дальнейшей тактикой ведения пациента является

- перевод пациента на 2 линию терапии по схеме иринотекан/темозоломид

- высокодозная полихимиотерапия с поддержкой аутологичными стволовыми клетками
- проведение лучевой терапии
- попытка проведения оперативного вмешательства в объеме удаления опухоли забрюшинного пространства

Для проведения дифференцировочной терапии пациентам с нейробластомой группы промежуточного и высокого риска используется препарат

- метотрексат
- 6-меркаптопурин
- винкристин
- 13-цис-ретиноевая кислота

Для профилактики пневмоцистной пневмонии пациентам на период химиотерапии проводят лечение

- цефтриаксоном
- дифлюканом
- ко-тримоксазолом
- дексаметазоном

Основным побочным эффектом от введения доксорубина является

- нефротоксичность
- кардиотоксичность
- ототоксичность
- нейротоксичность

При появлении любых новых опухолевых очагов у пациентов, достигших ранее полного ответа по критериям оценки ответа на терапию у пациентов с нейробластомой, констатируют

- прогрессию
- метастазирование
- регрессию
- рецидив

Частичный ответ на терапию констатируют в случае уменьшения первичной опухоли более, чем на + ____ + %

- прогрессию
- метастазирование
- регрессию

- рецидив

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В онкологическое отделение детской больницы была госпитализирована пациентка 5 лет с подозрением на объемное образование шеи и брюшной полости.

Жалобы

на

* появление образования в области шеи слева.

Анамнез заболевания

Неделю назад родители обратили внимание на появление образования в области шеи слева. Ребенок осмотрен участковым педиатром, при пальпации выявлено образование слева шеи и брюшной полости. Наличие объемного образования забрюшинного пространства подтверждено данными УЗИ. Пациентка госпитализирована в стационар для дообследования и постановки диагноза.

Анамнез жизни

Ребенок (девочка) от 1 беременности, родов на сроке 40 недель. Течение беременности: на фоне токсикоза в 2-м триместре. Вес при рождении 3250 г. Рост 54 см. Закричала и к груди приложена сразу. Естественное вскармливание до 1 месяца. Профилактические прививки: по календарю. Перенесенные заболевания: острая респираторная вирусная инфекция, тонзиллит, аденоиды 2 степени.

Объективный статус

Состояние тяжелое по основному заболеванию. Не лихорадит. Самочувствие страдает умеренно за счет опухолевых масс, локализованных в области шеи. Кожные покровы бледные, без инфекционной сыпи, сухие. Подкожно-жировая клетчатка развита недостаточно, распределена равномерно, видимых отеков нет. Язык чистый, розовый, слизистые оболочки ротовой полости чистые, розовые. Лимфатические узлы - в области шеи слева от угла нижней челюсти до подключичной области пальпируется объемное образование, деформирующее контур шеи, размером приблизительно 10x7 см; при пальпации – плотно-эластичной консистенции, безболезненное, не спаяно с окружающими тканями, кожа над поверхностью не изменена. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. В легких аускультативно дыхание жесткое, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. Кашля, одышки нет. SaO₂ ~ 97%.

Визуально область сердца не изменена. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, увеличен в объёме. Печень {plus}3 см. Физиологические отправления в норме. Наружные половые органы сформированы по женскому типу. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Очаговой и неврологической симптоматики нет.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам обследования относится

- прогрессию
- метастазирование
- регрессию
- рецидив

Результаты обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза в данной ситуации относится

- прогрессию
- метастазирование
- регрессию
- рецидив

Результаты обследования

На основании результатов клинко-лабораторных и инструментальных исследований можно предположить диагноз

- нейробластома левого надпочечника с метастатическим поражением костей скелета, отдаленных лимфатических узлов шеи слева
- лимфома
- нефробластома левой почки с метастатическим поражением костей скелета, лимфатических узлов средостения, шеи слева, мезентериальных и забрюшинных л/у
- гистиоцитоз

С целью подтверждения гистологического диагноза данному пациенту можно выполнить

- нейробластома левого надпочечника с метастатическим поражением костей скелета, отдаленных лимфатических узлов шеи слева
- лимфома

- нефробластома левой почки с метастатическим поражением костей скелета, лимфатических узлов средостения, шеи слева, мезентериальных и забрюшинных л/у
- гистиоцитоз

На основании всего комплекса обследования у ребенка может быть установлен диагноз

- нейробластома левого надпочечника с метастатическим поражением костей скелета, отдаленных лимфатических узлов шеи слева
- лимфома
- нефробластома левой почки с метастатическим поражением костей скелета, лимфатических узлов средостения, шеи слева, мезентериальных и забрюшинных л/у
- гистиоцитоз

Диагноз

К наиболее эффективным химиопрепаратам в отношении клеток нейробластомы относятся

- I-аспарагиназа, метотрексат, азатиоприн
- метотрексат, митоксантрон
- доксорубицин, цисплатин, циклофосфамид
- 6-меркаптопурин, блеомицин

К особенностям хирургического лечения у пациентов с нейробластомой группы высокого риска относят

- минимизацию тяжелых послеоперационных осложнений и оценку факторов риска при проведении визуализационных методов исследования
- частичную резекцию опухоли с обязательным сохранением надпочечника
- одномоментную метастазэктомию и удаление первичного очага
- выполнение радикальной операции с обширной лимфодиссекцией во всех случаях

«Second-look» операцию у данного пациента предпочтительно проводить после

- лучевой терапии
- 1 курса химиотерапии
- 2-3 блока химиотерапии
- 4-6 блока химиотерапии

У пациента при цитогенетическом исследовании ткани опухоли методом FISH выявлена амплификация гена MYCN. Наличие выявленных изменений

- прогностически значимым не считается
- прогноз ухудшает независимо от возраста пациента
- прогноз улучшает в случае младшего возраста пациента (до года)
- прогноз улучшает независимо от возраста пациента

Пациентам с нейробластомой группы высокого риска лучевая терапия проводится

- после этапа индукционной терапии
- после завершения дифференцировочной терапии 13-цис-ретиновой кислотой
- перед хирургическим вмешательством
- после индукции и высокодозной терапии с ауто-ТГСК

Артериальная гипертензия у пациентов с нейробластомой может быть обусловлена

- гиперпродукцией метаболитов катехоламинов и активацией ренин-ангиотензивной системы при нарушении кровоснабжения почек
- почечной недостаточностью на фоне проводимой специфической терапии
- развитием вторичного гипертиреоза за счет гиперпродукции тиреотропного гормона
- надпочечниковой недостаточностью после выполнения оперативного вмешательства в объеме туморадреналэктомии

Наиболее часто встречающимся паранеопластическим синдромом при нейробластоме является

- гиперпродукцией метаболитов катехоламинов и активацией ренин-ангиотензивной системы при нарушении кровоснабжения почек
- почечной недостаточностью на фоне проводимой специфической терапии
- развитием вторичного гипертиреоза за счет гиперпродукции тиреотропного гормона
- надпочечниковой недостаточностью после выполнения оперативного вмешательства в объеме туморадреналэктомии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В онкологическое отделение детской больницы был госпитализирован пациент 6 лет с подозрением на объемное образование малого таза.

Жалобы

на

* запоры.

Анамнез заболевания

В течение месяца у пациента отмечались запоры, проводилась симптоматическое лечение без эффекта. Ребенок осмотрен участковым педиатром, при пальпации выявлено образование слева в подвздошной области. Пациент госпитализирован в стационар.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, 1 оперативных родов путем кесарево сечения на 36 неделе, на 5-6 неделе отмечалась угроза прерывания. По шкале Апгар 7/7 баллов. Закричал сразу. С рождения на искусственном вскармливании. Рос и развивался в соответствии с возрастом и полом. Перенесенные заболевания: ОРВИ 9-10 раз в год, в этом году 1 раз. Травмы, операции: не было. Вакцинация: по календарю.

Объективный статус

Состояние тяжелое по основному заболеванию, стабильное. Не лихорадит. Сознание ясное. На осмотр реагирует спокойно. Аппетит сохранен. Сон спокойный. Кожный покров чистый, физиологичной окраски. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. В легких дыхание везикулярное, равномерно проводится по всем легочным полям. Хрипов и одышки нет. Тоны сердца ясные, ритмичные, патологических шумов нет. Гемодинамика стабильная. Живот увеличен в объеме, при пальпации мягкий, безболезненный, в проекции подвздошной области слева отмечается уплотнение округлой формы. Перистальтика удовлетворительная. Неврологический статус: очаговой симптоматики и менингеальных знаков не выявлено. Задержка стула в течение 7 дней. Диурез без особенностей.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам обследования относится

- гиперпродукцией метаболитов катехоламинов и активацией ренин-ангиотензивной системы при нарушении кровоснабжения почек
- почечной недостаточностью на фоне проводимой специфической терапии

- развитием вторичного гипертиреоза за счет гиперпродукции тиреотропного гормона
- надпочечниковой недостаточностью после выполнения оперативного вмешательства в объеме туморадреналэктомии

Результаты обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относится

- гиперпродукцией метаболитов катехоламинов и активацией ренин-ангиотензивной системы при нарушении кровоснабжения почек
- почечной недостаточностью на фоне проводимой специфической терапии
- развитием вторичного гипертиреоза за счет гиперпродукции тиреотропного гормона
- надпочечниковой недостаточностью после выполнения оперативного вмешательства в объеме туморадреналэктомии

Результаты обследования

Пациенту с выявленным объемным образованием малого таза показано проведение

- динамического наблюдения
- лучевой терапии на область опухолевого образования малого таза
- хирургического вмешательства (удаление опухоли малого таза)
- полихимиотерапии

Пациенту удалено 97% опухоли, по результатам гистологического заключения выявлена ганглионейрома. Дальнейшей тактикой ведения пациента является

- иммунотерапия
- лучевая терапия
- наблюдение
- химиотерапия

Ганглионейрома относится к группе

- доброкачественных нейрогенных опухолей
- мезенхимальных опухолей
- опухолей из гладкомышечной мускулатуры
- эпителиальных опухолей

К особенностям хирургического лечения у пациентов с ганглионейромой относится

- максимально возможное удаление опухоли при минимализации риска развития операционных осложнений
- проведение только биопсии образования
- радикальное удаление опухоли во всех случаях
- обязательное выполнение открытой операции (лапаротомия/торакотомия) с ревизией брюшной полости/грудной клетки с целью выявления сосудистых тромбов и пораженных лимфатических узлов

По результатам визуализации (КТ) у пациента отмечено осложнение в виде

- дыхательной недостаточности
- запоров
- пневмонии
- компрессии левого мочеточника

Пациенту может быть установлен диагноз

- дыхательной недостаточности
- запоров
- пневмонии
- компрессии левого мочеточника

Диагноз

У пациентов с ганглионейромой никогда не проводится

- химиотерапия
- наблюдение
- радикальное хирургическое иссечение
- биопсия

Данному пациенту при проведении динамического контроля показано выполнение

- компьютерной томографии
- сцинтиграфии с ^{123}I – метайодбензилгуанидином (МЙБГ)
- сцинтиграфии с технецием
- ПЭТ/КТ с ФДГ

У данного пациента ограничения в выборе профессии

- связанной с работой в закрытых помещениях существуют
- связанной с работой требующей концентрации внимания существуют
- связанной с работой на высоте существуют
- не существуют относительно любой специальности

Осложнением, возникающим у пациентов с ганглионейромой в области шеи или заднего средостения, является

- связанной с работой в закрытых помещениях существуют
- связанной с работой требующей концентрации внимания существуют
- связанной с работой на высоте существуют
- не существуют относительно любой специальности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 3 месяцев с трехростковой цитопенией, лихорадкой госпитализируется в стационар для проведения обследования, определения тактики терапии.

Жалобы

на

- * лихорадку в течение недели,
- * бледность кожи,
- * вялость,
- * изменения в общем анализе крови.

Анамнез заболевания

- * За неделю до настоящей госпитализации отмечалась лихорадка до 39°C, явления ринита, участковым врачом установлен диагноз ОРВИ. Ребенок продолжал лихорадить до фебрильных значений, повторно осмотрен врачом, выявлена гепатомегалия. Назначена антибактериальная терапия.
- * При исследовании гемограммы: лейкоциты 4 тыс/мкл, гемоглобин 77 г/л, тромбоциты 56 тыс/мкл.
- * С направляющим диагнозом “острый лейкоз (?)” ребенок госпитализирован в гематологическое отделение.

Анамнез жизни

- * Ребенок от III беременности (I беременность - девочка, II беременность – мальчик – здоровы), самостоятельных родов на сроке 38 недель. Вес при рождении 3120 г, рост 50 см. Из родительного дома выписана на 5 сутки жизни. До настоящего момента на естественном вскармливании. Вакцинация - гепатит В, БЦЖ-М в родильном доме.

- * В 1 месяц - острый бронхит, ринит, находилась на стационарном лечении.
- * В период госпитализации в гемограмме - лейкоциты 14,8 тыс/мкл, гемоглобин 118 г/л.

Объективный статус

При поступлении состояние тяжелое за счет течения инфекционного процесса (температура тела 38,6°C), анемического синдрома. Вялая. Сознание ясное. Грубой неврологической симптоматики нет. Большой родничок не напряжен. Положение естественное. Подкожно-жировой слой распределен равномерно, развит достаточно. Вес 6,1 кг. Рост 58 см. Кожные покровы бледные, периферических отеков нет. Гиперемия перианальной области. Слизистые оболочки ротовой полости бледно-розовые. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Тоны сердца ясные, ритм правильный, тахикардия до 140 ударов в минуту, систолический шум на верхушке сердца. Дыхание через нос умеренно затруднено за счет слизистого отделяемого, в легких дыхание проводится пуэрильное, во все отделы, хрипы не выслушиваются. Находится на грудном вскармливании, рвоты нет, живот мягкий, доступен глубокой пальпации во всех отделах. Печень {plus} 6 см, селезенка {plus} 7 см от края реберной дуги, умеренной плотности. Стул разжижен, зеленого цвета. Мочится в памперс, цвет мочи не изменен.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относится

- связанной с работой в закрытых помещениях существуют
- связанной с работой требующей концентрации внимания существуют
- связанной с работой на высоте существуют
- не существуют относительно любой специальности

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относится

- связанной с работой в закрытых помещениях существуют
- связанной с работой требующей концентрации внимания существуют
- связанной с работой на высоте существуют
- не существуют относительно любой специальности

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз у данного пациента может быть сформулирован, как

- связанной с работой в закрытых помещениях существуют
- связанной с работой требующей концентрации внимания существуют
- связанной с работой на высоте существуют
- не существуют относительно любой специальности

Диагноз

С целью исключения/подтверждения первичного характера заболевания необходимо выполнить

- цитогенетическое исследование костного мозга
- биопсию печени
- HLA-типирование пациента
- молекулярно-генетическое исследование

К минимальному обязательному объему обследования при гемофагоцитарном лимфогистиоцитозе также относится

- электроэнцефалограмма
- спинномозговая пункция (посев, цитоз, белок, глюкоза, цитопрепарат, ПЦР- вирусология)
- определение групповой принадлежности по системе АВО, определение фенотипа Резус фактора
- исследование уровня В12 в сыворотке крови

К ряду диагностических критериев гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза относится

- лихорадка $>38,5^{\circ}\text{C}$ > 2 дней
- гепатомегалия > 5 см из под края реберной дуги
- гипертриглицеридемия и/или гипофибриногенемия
- ферритин > 1500 мкг/л

К препаратам применяемым в первой линии в терапии гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза по протоколу HLH-2004 относятся

- преднизолон, винбластин
- цитозар, этопозид, даунорубицин
- дексаметазон, винкристин, даунорубицин
- дексаметазон, циклоспорин А, этопозид

При интратекальной терапии данного заболевания вводятся следующие препараты

- цитозар, преднизолон
- метотрексат, преднизолон
- этопозид
- дексаметазон

Обязательным этапом терапии, который показан пациентам с первичным гемофагоцитарным лимфогистиоцитозом, является

- аутологичная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток
- аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток
- терапия препаратом моноклонального антитела к человеческому рецептору интерлейкина-6
- интратекальная терапия

Длительность инициальной терапии гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза по протоколу HLH-2004 следующая

- 7 суток
- 8 недель
- 6 недель
- 2 недели

К критериям, которые характеризуют частичный ответ по окончании инициальной терапии по протоколу HLH-2004, относятся

- отсутствие лихорадки, печень < 3 см, селезенка < 5 см из под края реберной дуги, уровень тромбоцитов $>50 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $>1 \times 10^9/\text{л}$, отсутствие потребности в трансфузиях эритроцитарной массы
- отсутствие лихорадки, печень < 3 см, селезенка < 5 см из под края реберной дуги, уровень тромбоцитов $>50 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $>1 \times 10^9/\text{л}$, сохранение потребности в трансфузиях эритроцитной массы
- разрешение всех клинических и лабораторных признаков заболевания
- сохранение лихорадки $>38^{\circ}\text{C}$, массивной гепатоспленомегалии, уровня тромбоцитов $<50 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $< 1 \times 10^9/\text{л}$, потребности в трансфузиях эритроцитной массы

Клиническим проявлением, которое входит у данного пациента в ряд диагностических критериев гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза, является

- отсутствие лихорадки, печень < 3 см, селезенка < 5 см из под края реберной дуги, уровень тромбоцитов $>50 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $>1 \times 10^9/\text{л}$, отсутствие потребности в трансфузиях эритроцитарной массы

- отсутствие лихорадки, печень < 3 см, селезенка < 5 см из под края реберной дуги, уровень тромбоцитов $>50 \times 10^9 / \text{л}$, нейтрофилов $>1 \times 10^9 / \text{л}$, сохранение потребности в трансфузиях эритроцитной массы
- разрешение всех клинических и лабораторных признаков заболевания
- сохранение лихорадки $>38^{\circ}\text{C}$, массивной гепатоспленомегалии, уровня тромбоцитов $<50 \times 10^9 / \text{л}$, нейтрофилов $<1 \times 10^9 / \text{л}$, потребности в трансфузиях эритроцитной массы

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 11 месяцев с гепатоспленомегалией, трехростковой цитопенией, лихорадкой госпитализируется в гематологическое отделение с целью установления диагноза, определения тактики терапии.

Жалобы

на

* лихорадку.

Анамнез заболевания

За неделю до госпитализации у пациента отмечено появление лихорадки, осмотрена участковым педиатром, назначена антибактериальная терапия. В связи с сохранением фебрилитета повторно осмотрена, выявлена гепатоспленомегалия.

В гемограмме трехростковая цитопения. Рекомендована госпитализация.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 2 родов через естественные родовые пути на сроке 40 недель. Вес при рождении 3450 г, рост 50 см.

Оценка по Апгар 8-9 баллов. Выписана из родильного дома на 5-ые сутки.

Неонатальный период протекал без особенностей.

Семейный анамнез: старший ребенок в семье умер в возрасте 3 мес.

По данным посмертного эпикриза патологоанатомический диагноз: гистиоцитарно-моноцитарная инфильтрация мозговых оболочек и вещества головного мозга (менингоэнцефалит).

Объективный статус

На момент поступления отмечались:

* субфебрилитет $37,9^{\circ}\text{C}$;

* гепатоспленомегалия (печень {plus} 4 см, селезенка {plus} 3,5 см из под края реберной дуги).

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относится

- отсутствие лихорадки, печень < 3 см, селезенка < 5 см из под края реберной дуги, уровень тромбоцитов >50 x10⁹/л, нейтрофилов >1x10⁹/л, отсутствие потребности в трансфузиях эритроцитарной массы
- отсутствие лихорадки, печень < 3 см, селезенка < 5 см из под края реберной дуги, уровень тромбоцитов >50x10⁹/л, нейтрофилов >1x10⁹/л, сохранение потребности в трансфузиях эритроцитной массы
- разрешение всех клинических и лабораторных признаков заболевания
- сохранение лихорадки >38⁰С, массивной гепатоспленомегалии, уровня тромбоцитов <50x10⁹/л, нейтрофилов < 1x10⁹/л, потребности в трансфузиях эритроцитной массы

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относится

- отсутствие лихорадки, печень < 3 см, селезенка < 5 см из под края реберной дуги, уровень тромбоцитов >50 x10⁹/л, нейтрофилов >1x10⁹/л, отсутствие потребности в трансфузиях эритроцитарной массы
- отсутствие лихорадки, печень < 3 см, селезенка < 5 см из под края реберной дуги, уровень тромбоцитов >50x10⁹/л, нейтрофилов >1x10⁹/л, сохранение потребности в трансфузиях эритроцитной массы
- разрешение всех клинических и лабораторных признаков заболевания
- сохранение лихорадки >38⁰С, массивной гепатоспленомегалии, уровня тромбоцитов <50x10⁹/л, нейтрофилов < 1x10⁹/л, потребности в трансфузиях эритроцитной массы

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз у пациента

- отсутствие лихорадки, печень < 3 см, селезенка < 5 см из под края реберной дуги, уровень тромбоцитов >50 x10⁹/л, нейтрофилов >1x10⁹/л, отсутствие потребности в трансфузиях эритроцитарной массы
- отсутствие лихорадки, печень < 3 см, селезенка < 5 см из под края реберной дуги, уровень тромбоцитов >50x10⁹/л, нейтрофилов >1x10⁹/л, сохранение потребности в трансфузиях эритроцитной массы
- разрешение всех клинических и лабораторных признаков заболевания

- сохранение лихорадки $>38^{\circ}\text{C}$, массивной гепатоспленомегалии, уровня тромбоцитов $<50 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилов $<1 \times 10^9/\text{л}$, потребности в трансфузиях эритроцитарной массы

Диагноз

Обязательным этапом терапии у пациентов с первичным гемофагоцитарным лимфогистиоцитозом является

- аутологичная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток
- аллогенная трансплантация гемопоэтических стволовых клеток
- терапия препаратом моноклонального антитела к человеческому рецептору интерлейкина-6
- интратекальная терапия

Проведение трансплантации гемопоэтических стволовых клеток показано пациенту при ассоциации гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза с

- инфекцией, связанной с герпесом 6 типа
- риккетсиозом
- ювенильным ревматоидным артритом
- мутацией в гене UNC13D

К ряду диагностических критериев гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза относится

- ферритин > 200 мкг/л
- гемофагоцитоз в костном мозге, лимфатических узлах или ликворе
- лихорадка $>38,5^{\circ}\text{C}$ > 2 дней
- гепатомегалия > 5 см из под края реберной дуги

К препаратам, применяемым в первой линии в терапии гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза по протоколу HLH-2004, относятся

- преднизолон, винбластин
- цитозар, этопозид, даунорубицин
- дексаметазон, циклоспорин А, этопозид
- дексаметазон, винкристин, даунорубицин

При необходимости интратекальной терапии данного заболевания необходимо назначить

- метотрексат, преднизолон
- дексаметазон

- цитозар, преднизолон
- этопозид

Критериями частичного ответа по окончании инициальной терапии по протоколу HLH-2004 являются

- отсутствие лихорадки, печень < 3 см, селезенка < 5 см из под края реберной дуги, уровень тромбоцитов $>50 \times 10^9$ /л, нейтрофилов $>1 \times 10^9$ /л, отсутствие потребности в трансфузиях эритроцитарной массы
- разрешение всех клинических и лабораторных признаков заболевания
- сохранение лихорадки $>38^{\circ}\text{C}$, массивной гепатоспленомегалии, уровня тромбоцитов $<50 \times 10^9$ /л, нейтрофилов $<1 \times 10^9$ /л, потребности в трансфузиях эритроцитной массы
- отсутствие лихорадки, печень < 3 см, селезенка < 5 см из под края реберной дуги, уровень тромбоцитов $>50 \times 10^9$ /л, нейтрофилов $>1 \times 10^9$ /л, сохранение потребности в трансфузиях эритроцитной массы

Длительность инициальной терапии гемофагоцитарного лимфогистиоцитоза по протоколу HLH-2004 составляет

- 6 недель
- 7 суток
- 2 недели
- 8 недель

К первичному гемофагоцитарному лимфогистиоцитозу нельзя отнести варианты заболевания с мутацией в гене

- {nbsp} UNC18-2
- {nbsp} BIRC4
- {nbsp} PRF1
- {nbsp} UNC13D

При гемофагоцитарном лимфогистиоцитозе не встречается мутация в гене

- {nbsp} UNC18-2
- {nbsp} BIRC4
- {nbsp} PRF1
- {nbsp} UNC13D

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 1 года 6 месяцев с наличием множественных очагов деструкции костей, полостями в паренхиме легких по данным компьютерной томографии госпитализируется в стационар с целью уточнения диагноза.

Жалобы

на

- * слабость в ногах,
- * боли без четкой локализации,
- * регресс в моторном развитии (ребенок перестал ходить, вставать на ноги).

Анамнез заболевания

За 2 недели до настоящей госпитализации мама обратилась в поликлинику с жалобами на то, что ребенок (1 г 6 мес.) после падения с кровати перестал ходить, не сидит, стал раздражительным, плохо спит. Консультирован хирургом: нельзя исключить костно-травматические повреждения костей таза и позвоночника.

По данным компьютерной томографии: очаги деструкции в лобной, правой височной костях, деструкция L4 позвонка с наличием мягкотканного компонента в области позвонка, множественные очаги в ребрах.

Многочисленные тонкостенные полости в паренхиме обоих легких диаметром до 1 см, преимущественно в верхних долях.

С целью обследования, установления диагноза ребенок госпитализируется в стационар.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности (1 беременность – мальчик, здоров), 2 родов путем кесарева сечения на сроке 38 недель. Вес при рождении 3200 г. Рост 52 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Вакцинирован гепатит В, БЦЖ в родильном доме. Из родильного дома выписан на 6 сутки. Профилактическая вакцинация по календарю.

Перенесенные заболевания: острый бронхит в 6 месяцев.

Объективный статус

Из особенностей при осмотре: на момент осмотра ребенок капризен, негативен, отказывается садиться, ходить. Ползает, переворачивается.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относится

- {nbsp} UNC18-2
- {nbsp} BIRC4
- {nbsp} PRF1
- {nbsp} UNC13D

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относится

- {nbsp} UNC18-2
- {nbsp} BIRC4
- {nbsp} PRF1
- {nbsp} UNC13D

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз у данного пациента

- {nbsp} UNC18-2
- {nbsp} BIRC4
- {nbsp} PRF1
- {nbsp} UNC13D

Диагноз

К органам риска при гистиоцитозе из клеток Лангерганса нельзя отнести

- печень
- кожу
- костный мозг
- селезенку

Данный пациент относится к группе + _____ + риска

- низкого
- промежуточного
- высокого
- среднего

Согласно протоколу LCH-IV (протокол международного кооперативного исследования по лечению гистиоцитоза из клеток Лангерганса у детей и подростков, 2011г.) /федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению гистиоцитоза из клеток Лангерганса у детей, 2015 г) данному пациенту в качестве первого этапа терапии показано назначение

- низкого
- промежуточного
- высокого

- среднего

Дополнительная информация

По данным обследований после первого этапа терапии:

1) ультразвуковое исследование органов брюшной полости – без патологии;
2) компьютерная томография - уменьшение размеров паравертебрального мягкотканного компонента на уровне L4, множественные разнокалиберные очаги деструкции с нарушением целостности кортикального слоя и мягкотканым компонентом без динамики от инициального исследования: задний отрезок I-го ребра слева, грудинный конец левой ключицы, проксимальные отделы плечевых костей, задний отрезок VII -го ребра слева, IV-V ребра справа по среднеключичной линии, S1 позвонок справа, крылья подвздошных костей (больше слева), головка правой бедренной кости; нивелирование полостных образований в обоих легких.

Ответ после проведенного первого этапа терапии может быть расценен, как

- прогрессия заболевания
- полный ответ
- регрессия (частичный ответ)
- отсутствие изменений (стабильное заболевание)

Учитывая результаты обследования после инициального курса IC-1 согласно протоколу LCH-IV (протокол международного кооперативного исследования по лечению гистиоцитоза из клеток Лангерганса у детей и подростков, 2011г.)/ федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению гистиоцитоза из клеток Лангерганса, 2015 г.), в качестве следующего этапа терапии пациенту показано проведение

- повторного курса IC-1
- комбинированной химиотерапии препаратами 2-хлордезоксидезоксирибозин и цитарабин
- поддерживающей терапии
- инициального курса 2 (IC-2) - преднизолон 40 мг/м²/сутки в течение 3 дней в начале каждой недели, недели 8-13, винбластин 6 мг/м²/введение в 1 день 8,9,10,11,12,13 недели

При отсутствии признаков заболевания после проведенного инициального курса 2 (IC-2) данному пациенту согласно протоколу LCH-IV (протокол международного кооперативного исследования по лечению гистиоцитоза из клеток Лангерганса у детей и подростков, 2011г.)/ федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению гистиоцитоза из клеток

Лангерганса, 2015 г.) в качестве дальнейшего этапа терапии будет показано проведение

- монотерапии б-меркаптопурином
- поддерживающей терапии
- комбинированной химиотерапии препаратами 2-хлордезоксиаденозин и цитарабин
- повторного инициального курса 2 (IC-1)

Форма заболевания у данного пациента

- моносистемная с монофокальным поражением
- мультисистемная с поражением «органов риска»
- моносистемная с мультифокальным поражением
- мультисистемная без поражения «органов риска»

О моносистемном унифокальном гистиоцитозе из клеток Лангерганса несправедливо говорить при поражении

- плечевой и бедренных костей
- щитовидной железы
- кожных покровов волосистой части головы и спины
- легких

При гистиоцитозе из клеток Лангерганса к группе низкого риска нельзя отнести пациентов с поражением

- плечевой и бедренных костей
- щитовидной железы
- кожных покровов волосистой части головы и спины
- легких

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 1 года с трехростковой цитопенией, гепатоспленомегалией, энтеропатией госпитализируется в гематологическое отделение с целью уточнения диагноза, определения тактики терапии.

Жалобы

на

* слабость,

* снижение аппетита,

- * бледность кожных покровов,
- * лихорадку.

Анамнез заболевания

В возрасте 2 месяцев по данным УЗИ выявлено увеличение размеров селезенки.

В 3 месяца в гемограмме выявлена анемия. Получал терапию препаратами железа без эффекта. В 9 месяцев в биохимическом исследовании сыворотки крови снижение уровня общего белка.

В 11 месяцев госпитализирован в стационар с диагнозом кишечная инфекция.

При обследовании в гемограмме выявлена трехростковая цитопения (лейкоциты 2 тыс/мкл, гемоглобин 72 г/л, тромбоциты 70 тыс/мкл).

Проводилась антибактериальная, симптоматическая терапия, заместительная терапия эритроцитарной массой. По данным УЗИ – гепатоспленомегалия.

По данным РКТ брюшной полости: гепатоспленомегалия.

С целью уточнения диагноза пациент переводится в гематологическое отделение.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 2 родов на сроке 39 недель через естественные родовые пути. Закричал сразу. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Выписан домой на 3 сутки. Естественное вскармливание до 8 месяцев.

Перенесенные заболевания ОРВИ, бронхит.

Объективный статус

На момент поступления: самочувствие страдает за счет вялости, слабости.

Сознание ясное. Грубой неврологической симптоматики нет. Положение естественное. Кожные покровы бледные с желтоватым оттенком, петехиальная сыпь на спине, конечностях. Подкожно-жировой слой развит слабо, распределен равномерно. Периферических отеков нет. Слизистые оболочки ротовой полости влажные, чистые. Тоны сердца ясные, ритм правильный.

Выслушивается систолический шум на верхушке сердца. Дыхание через нос свободное. В легких дыхание пуэрильное, проводится равномерно, хрипы не выслушиваются, одышки нет. Живот увеличен в объеме за счет гепатоспленомегалии, мягкий, безболезненный. Селезенка: {plus}10-11 см из под края реберной дуги. Печень: {plus}10 см из под края реберной дуги.

Мочеиспускание свободное, цвет мочи не изменен. Стул 5 раз за сутки, разжижен, зеленого цвета.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относится

- плечевой и бедренных костей
- щитовидной железы
- кожных покровов волосистой части головы и спины
- легких

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относится

- плечевой и бедренных костей
- щитовидной железы
- кожных покровов волосистой части головы и спины
- легких

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз у данного пациента может быть сформулирован, как

- плечевой и бедренных костей
- щитовидной железы
- кожных покровов волосистой части головы и спины
- легких

Диагноз

К органам риска при гистиоцитозе из клеток Лангерганса не относится

- печень
- костный мозг
- селезенка
- желудочно-кишечный тракт

Данный пациент относится к группе + _____ + риска

- низкого
- среднего
- промежуточного
- высокого

Согласно протоколу LCH-IV (протокол международного кооперативного исследования по лечению гистиоцитоза из клеток Лангерганса у детей и подростков, 2011 г.) в качестве первого этапа терапии данному пациенту

- низкого
- среднего
- промежуточного
- высокого

Дополнительная информация

У пациента регрессия заболевания AD better (RO -) (регрессия симптомов, отсутствие новых очагов, отсутствие активности заболевания в органах риска) после проведенного инициального курса 1 (IC-1), т. е. 6 недель терапии.

Дальнейший этап терапии (LCH-IV (протокол международного кооперативного исследования по лечению гистиоцитоза из клеток Лангерганса у детей и подростков, 2011г.) заключается в

- трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
- комбинированной химиотерапии препаратами 2-хлордезоксиденозин и цитарабин
- инициальном курсе 2 (IC-2); преднизолон 40 мг/м²/сутки в течение 3 дней в начале каждой недели, недели 8-13. Винбластин 6 мг/м²/введение в 1 день 8,9,10,11,12,13 недели
- поддерживающей терапии

В случае прогрессии заболевания AD worse (RO {plus}) (прогрессия симптомов и/или появление новых очагов с проявлением активности заболевания в органах риска) после проведенного инициального курса 1 (IC-1), т. е. 6 недель терапии у данного пациента дальнейший этап терапии (LCH-IV (протокол международного кооперативного исследования по лечению гистиоцитоза из клеток Лангерганса у детей и подростков, 2011г.)/ федеральные клинические рекомендации по диагностике и лечению гистиоцитоза из клеток Лангерганса, 2015 г.) состоит в

- инициальном курсе 2 (IC-2)
- повторном инициальном курсе 1 (IC-1)
- комбинированной химиотерапии препаратами 2-хлордезоксиденозин и цитарабин
- поддерживающей терапии

Для лечения гистиоцитоза из клеток Лангерганса у детей согласно LCH-IV (протокол международного кооперативного исследования по лечению гистиоцитоза из клеток Лангерганса у детей и подростков, 2011г./ федеральным клиническим рекомендациям по диагностике и лечению гистиоцитоза из клеток Лангерганса, 2014 г.) используется комбинация препаратов

- дексаметазон, даунорубицин
- преднизолон, винбластин, 6-меркаптопурин
- циклофосфан, винбластин, дексаметазон
- дексаметазон, циклоспорин А

О моносистемном монофокальном гистиоцитозе из клеток Лангерганса несправедливо говорить при поражении

- плечевой и бедренных костей
- щитовидной железы
- кожных покровов волосистой части головы и спины
- легких

При гистиоцитозе из клеток Лангерганса пациенты с поражением + _____ + не могут быть отнесены к группе низкого риска

- височной кости (литические очаги)
- легких
- кожи
- наружного уха

Поражение костного мозга при гистиоцитозе из клеток Лангерганса может быть установлено при показателях гемограммы

- височной кости (литические очаги)
- легких
- кожи
- наружного уха

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девочка 5 лет направлена на консультацию радиотерапевта.

Жалобы

На момент осмотра активных жалоб нет.

Анамнез заболевания

Пациентка больна с 4-х лет, когда мама самостоятельно обнаружила увеличение объема живота, появился болевой абдоминальный синдром. По месту жительства выполнено УЗИ органов брюшной полости: обнаружено объемное образование, исходящее из левой почки, размерами 92x95x150 мм. Пациентке было проведено инициальное обследование в объеме КТ органов

брюшной полости, толстоигольная биопсия образования. По данным гистологического заключения – нефробластома. В соответствии с диагнозом начата неoadъювантная полихимиотерапия. Спустя 4 недели предоперационной химиотерапии, выполнено оперативное вмешательство в объеме туморнефрادرенаэктомии слева. В настоящий момент {plus}12 сутки после оперативного лечения, швы сняты. Обратились для определения дальнейшей тактики терапии.

Анамнез жизни

Хронические заболевания не выявлены. Онкологический анамнез – у дедушки рак желудка. Болела редко, в основном ОРВИ – 2-3 раза в год. Детские инфекции – ветряная оспа. Привита по возрасту.

Объективный статус

* Состояние средней тяжести. Вес 20 кг, рост 118 см. Температура тела 37,6°C.

* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, послеоперационный рубец без признаков воспаления

* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Аускультативно дыхание пуэрильное, хрипов нет. ЧД – 19-21 в минуту.

* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм рт. ст.

* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный.

Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Для стадирования заболевания необходимо

- височной кости (литические очаги)
- легких
- кожи
- наружного уха

Результаты обследования

Основной диагноз может быть сформулирован, как

- височной кости (литические очаги)
- легких
- кожи
- наружного уха

Диагноз

С учетом стадии заболевания и группы риска дальнейшая тактика терапии должна заключаться в проведении

- лучевой терапии после курса адъювантной терапии
- адъювантной полихимиотерапии
- химиолучевой терапии
- лучевой терапии

Учитывая параллельное проведение лучевой терапии, коррекции доз химиопрепаратов заключается в том, что доза

- не подлежит коррекции
- всех химиопрепаратов на фоне лучевой терапии редуцируется до 2/3
- доксорубицина на фоне лучевой терапии редуцируется на 1/3
- винкристина на фоне лучевой терапии редуцируется на 1/2

Лучевую терапию необходимо начинать

- через 3-4 недели после оперативного лечения
- после окончания адъювантной химиотерапии
- через 2-3 недели от окончания поддерживающей терапии
- через 2-3 недели после оперативного лечения

Суммарная очаговая доза облучения составляет + _____ + Гр

- 10,8
- 30,6
- 25,2
- 14,4

Имеются ли у пациента показания к проведению тотального облучения брюшной полости?

- Да, так как пациенту проводилась биопсия образования
- Для решения вопроса о проведении тотального облучения брюшной полости необходимо провести пересмотр гистологических препаратов
- Решение в проведении тотального облучения брюшной полости необходимо принять после дообследования в объеме КТ органов брюшной полости
- Нет

Имеются ли у пациента показания к проведению тотального облучения легких?

- Нет, пациенту показано рассмотрение вопроса о тотальном облучении легких после окончания химиотерапии
- Да, пациенту показано проведение тотального облучения легких
- Да, пациенту показано проведение профилактического тотального облучения легких
- Нет, не показано

Клинический объем облучения у данного пациента оконтуривается с учетом

- КТ/МРТ/УЗИ после операции
- КТ/МРТ/УЗИ после химиотерапии перед операцией {plus} 2 см окружающих тканей {plus} должна включать все позвонки на уровне поражения
- УЗИ {plus} 2 см окружающих тканей {plus} должна исключать все позвонки на уровне поражения
- КТ/МРТ/УЗИ после химиотерапии перед операцией {plus} 1 см окружающих тканей

Рекомендованное ограничение дозы на единственную здоровую почку составляет + ____ + Гр

- 9
- 14
- 16
- 12

Во время и после проведения лучевой терапии у данного пациента возможно проявление токсичности со стороны

- легких, сердца
- кишечника, единственной почки, печени
- мочевого пузыря, единственной почки, печени
- сердца, надпочечника, единственной почки

Пациентам по окончании программной терапии рекомендовано наблюдение по месту жительства у

- легких, сердца
- кишечника, единственной почки, печени
- мочевого пузыря, единственной почки, печени
- сердца, надпочечника, единственной почки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В онкологический стационар поступил ребенок 9 дней жизни с наличием неврологической симптоматики в виде нижней параплегии и образованием забрюшинного пространства с распространением в канал спинного мозга.

Жалобы

На периодическое беспокойство, отсутствие двигательной активности в нижних конечностях.

Анамнез заболевания

Со слов мамы, после родов отсутствовали движения в нижних конечностях. При осмотре выявлено образование мягких тканей спины.

Осмотр невролога – нижняя параплегия без нарушения функции тазовых органов.

По данным УЗИ органов брюшной полости и мягких тканей спины выявлено забрюшинное образование с распространением в мягкие ткани спины и канал спинного мозга.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности (1-я беременность мальчик, 9 лет, здоров), протекавшей без особенностей, роды самостоятельные срочные в 40 недель. Масса тела при рождении - 3560 г, длина тела - 56 см. По шкале Апгар 7/8 баллов. С рождения отмечено отсутствие движения в нижних конечностях. С рождения на смешанном вскармливании. Вакцинация не проводилась (мед. отвод).

Объективный статус

Состояние тяжелое по основному заболеванию за счет неврологической симптоматики. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности, чистые от сыпи. Стенки ротоглотки не гиперемированы. Срыгиваний нет. Сон не нарушен. Сердечно-легочная деятельность удовлетворительная. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, моча светлая. Стул регулярный. + Неврологический статус: нижняя параплегия. +

Status localis: В области спины отмечается некоторая асимметрия за счет наличия пальпируемого образования в правой поясничной области.

Образование плотное при пальпации, несмещаемое, безболезненное, кожные покровы над образованием не изменены.

Данному пациенту показаны

- легких, сердца
- кишечника, единственной почки, печени

- мочевого пузыря, единственной почки, печени
- сердца, надпочечника, единственной почки

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- легких, сердца
- кишечника, единственной почки, печени
- мочевого пузыря, единственной почки, печени
- сердца, надпочечника, единственной почки

Результаты инструментальных методов обследования

Предварительный диагноз может быть сформулирован, как

- нейробластома
- порок развития ЦНС
- неходжкинская лимфома
- саркома Юинга

Для окончательной постановки диагноза дополнительно необходимо выполнить

- нейробластома
- порок развития ЦНС
- неходжкинская лимфома
- саркома Юинга

В данном случае окончательный диагноз может быть сформулирован, как

- нейробластома
- порок развития ЦНС
- неходжкинская лимфома
- саркома Юинга

Диагноз

Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- проведении химиотерапии по схеме N5 и N6
- оперативном вмешательстве по удалению первичной опухоли
- проведении лучевой терапии
- проведении химиотерапии по схеме N4

К терапевтическим методам, используемым у пациентов с нейробластомой и эпидуральной компрессией, за исключением химиотерапии, относят

- нейрохирургическое лечение (ламинотомия, ламинэктомия)
- установку резервуара Оммайя
- брахитерапию
- лучевую терапию

В план обследования данного пациента необходимо включить

- МРТ головного мозга с контрастным усилением
- рентгенографию органов грудной клетки
- осмотр окулиста
- МРТ позвоночника с контрастным усилением

При проведении двух курсов химиотерапии у данного пациента отмечено сокращение размеров первичной опухоли на 50%, уменьшение интратекального компонента (по данным контрольной МРТ определяется минимальная инвазия опухоли в позвоночный канал, без компрессии дурального мешка). +

Дальнейшей тактикой является

- лучевая терапия
- наблюдение
- проведение курсов химиотерапии по схеме N5/N6
- проведение 4 курсов по схеме N4

Осложнением, наиболее часто развивающимся при проведении нейрохирургического вмешательства в данном случае, является

- нарушение динамики ликвора
- задержка психомоторного развития
- деформация позвоночника (сколиоз, кифоз, лордоз)
- деформация конечностей

Частота встречаемости эпидуральной компрессии при нейробластоме составляет +__+ %

- 15
- 5
- 0,1
- 10

Совместно с онкологом и неврологом данного пациента должен наблюдать

- 15
- 5
- 0,1
- 10

Условие ситуационной задачи

Ситуация

При проведении диспансерного обследования в возрасте 3 месяцев у ребенка выявлено образование левого надпочечника.

Жалобы

Родители жалоб не предъявляют. Самочувствие ребенка не нарушено.

Анамнез заболевания

В возрасте 3 месяцев при прохождении планового ультразвукового исследования органов брюшной полости выявлено объемное образование, локализованное в области левого надпочечника.

Анамнез жизни

Ребенок рожден от 1 беременности, протекавшей без особенностей. Роды на 41 неделе, экстренное кесарево по поводу острой гипоксии плода в родах, слабость родовой деятельности. Вес 3360 г, рост 52 см. Апгар 7/8 баллов. Закричала сразу. В род. доме вакцинирована – БЦЖ, гепатит. Выписаны на 7 сутки. Грудное вскармливание с рождения. УЗИ органов брюшной полости в родильном доме не выполнялось. Наследственность - у матери поликистоз яичников. У бабушки со стороны матери - лимфома Ходжкина, в настоящее время - ремиссия. У дедушки со стороны отца 2 инсульта до 60 лет.

Объективный статус

Состояние при осмотре тяжелое по основному заболеванию. Самочувствие не нарушено. Не лихорадит. Кормление – грудное молоко. Не срыгивает. Кожные покровы розовые, чистые от инфекционной сыпи, геморрагического синдрома нет. Подкожно-жировая клетчатка развита достаточно, распределена равномерно. Язык чистый, розовый. Слизистые оболочки ротовой полости чистые, розовые. Периферической лимфоаденопатии нет. Суставы симметричны, нормальной конфигурации, объем движения полный. Дыхание через нос не затруднено. В легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Визуально область сердца не изменена. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Диурез без особенностей. Стул – кашицеобразный, 3-4 раза в сутки, без патологических примесей. Очаговой и менингеальной симптоматики на момент осмотра нет.

Дифференциальный диагноз в данном случае необходимо проводить с

- гематомой с локализацией в области надпочечника/нефробластомой
- пиелонефритом
- неходжкинской лимфомой
- уретерогидронефрозом

К лабораторным методам исследования, необходимым для постановки диагноза, относится

- гематомой с локализацией в области надпочечника/нефробластомой
- пиелонефритом
- неходжкинской лимфомой
- уретерогидронефрозом

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относится

- гематомой с локализацией в области надпочечника/нефробластомой
- пиелонефритом
- неходжкинской лимфомой
- уретерогидронефрозом

Результаты инструментальных методов обследования

Предположительный диагноз у данного больного может быть сформулирован, как

- адренокортиальный рак
- нефробластома
- нейробластома левого надпочечника
- мезобластная нефрома

Для окончательной постановки диагноза необходимо выполнить

- адренокортиальный рак
- нефробластома
- нейробластома левого надпочечника
- мезобластная нефрома

Результаты обследования

Окончательный диагноз может быть сформулирован, как

- адренокортиальный рак
- нефробластома
- нейробластома левого надпочечника
- мезобластная нефрома

Диагноз

Дальнейшая тактика ведения пациента подразумевает

- назначение гормональной терапии (кортеф)
- проведение лучевой терапии
- химиотерапию (курсы N4)
- динамическое наблюдение

В ходе динамического обследования у данного пациента в возрасте 5 месяцев выявлены очаги в печени. Дальнейшая тактика ведения будет заключаться в

- назначение гормональной терапии (кортеф)
- проведение лучевой терапии
- химиотерапию (курсы N4)
- динамическое наблюдение

Учитывая имеющиеся результаты обследования, в данном случае можно диагностировать

- цирроз
- фолликуло-нодулярную гиперплазию
- метастазы в паренхиме печени
- гемангиомы

В ходе проведенного дообследования у пациентки установлена трансформация в 4S стадию нейробластомы. Самочувствие ребенка удовлетворительное. При пальпации размеры печени не увеличены. Дальнейшая тактика ведения больной подразумевает

- химиотерапию (4 курса по схеме N4)
- динамическое наблюдение
- химиотерапию (6 курсов по схеме N5/N6)
- лучевую терапию

Схема курса N4 в рамках протокола NB-2004 исключает назначение

- винкристина
- циклофосфида
- метотрексата
- доксорубицина

Общая выживаемость (ОВ) для пациентов с 4S стадией нейробластомы составляет + _____ + %

- винкристина
- циклофосфида
- метотрексата
- доксорубицина

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 8 месяцев госпитализирован в профильное отделение в связи с развитием дыхательной недостаточности на фоне выявленного по данным рентгенографии органов грудной клетки объемного образования заднего средостения.

Жалобы

На затруднение дыхания, усиливающееся во время плача, вплоть до появления цианоза.

Анамнез заболевания

Первые признаки заболевания (одышка) появились в возрасте 6 мес. По месту жительства проводилась симптоматическая терапия с положительным эффектом (уменьшение одышки). Повторное развитие одышки через 2 недели, без эффекта на проводимую терапию, в связи с чем выполнена рентгенограмма органов грудной клетки, где выявлено объемное образование средостения слева.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов на сроке 40 недель. Вес при рождении 3490 г, рост 52 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. БЦЖ и гепатит проведены в роддоме. Вскармливание грудное. Привит по календарю до болезни. Семейный анамнез по злокачественным заболеваниям не отягощен.

Объективный статус

T-36,4°C. АД=100/60 мм рт. ст. Пульс 110 уд/мин. ЧДД 37 в мин. Сатурация кислорода – 97%.

При осмотре ребенок беспокоен. Кожные покровы бледно-розовые, чистые.

Слева в подлопаточной области плотно-эластическое образование размерами 3х4 см, кожа над образованием не изменена. Видимые слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание не нарушено. Аускультативно в легких дыхание жесткое, проводится во все отделы легких, выслушиваются свистящие хрипы на выдохе. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Гемодинамика стабильная. Живот не увеличен в объеме, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень по краю правой реберной дуги. Селезенка не увеличена. Грудное вскармливание, усваивает. Физиологические отправления в норме.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относится

- винкристина
- циклофосфида
- метотрексата
- доксорубицина

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относится

- винкристина
- циклофосфида
- метотрексата
- доксорубицина

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый диагноз у данного пациента может быть сформулирован, как

- мягкотканная саркома заднего средостения
- лимфома
- объемное образование заднего средостения нейрогенной природы
- тимома

Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- мягкотканная саркома заднего средостения
- лимфома
- объемное образование заднего средостения нейрогенной природы
- тимома

Для формирования окончательного диагноза необходимо провести

- мягкотканная саркома заднего средостения
- лимфома
- объемное образование заднего средостения нейrogenной природы
- тимома

Результаты обследования

Окончательный диагноз может быть сформулирован, как

- мягкотканная саркома заднего средостения
- лимфома
- объемное образование заднего средостения нейrogenной природы
- тимома

Диагноз

Дальнейшая тактика подразумевает

- мягкотканная саркома заднего средостения
- лимфома
- объемное образование заднего средостения нейrogenной природы
- тимома

Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- наблюдении
- продолжении полихимиотерапии, рассмотрении возможности хирургического удаления опухоли при сокращении хирургических факторов риска
- циторедуктивной операции
- радикальном удалении опухоли заднего средостения

После двух блоков полихимиотерапии у ребенка имеет место сокращение опухоли на 50%, сохранение всех хирургических рисков, сокращение компрессии дыхательных путей. Ребенок экстубирован. Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- наблюдении
- продолжении полихимиотерапии, рассмотрении возможности хирургического удаления опухоли при сокращении хирургических факторов риска
- циторедуктивной операции

- радикальном удалении опухоли заднего средостения

С учетом вышеописанных факторов дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- наблюдении
- циторедуктивной операции
- продолжении полихимиотерапии
- радикальной операции

Данной пациентке необходимо выполнять компьютерную томографию грудной клетки с контрастным усилением каждые (каждый) + ___+ месяца (месяцев)

- 3
- 5
- 4
- 6

На первом году наблюдения данной пациентке необходимо оценивать уровень онкомаркеров в сыворотке крови с частотой каждые (каждый) + __+ месяца (месяцев)

- 3
- 5
- 4
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 3 недель жизни госпитализирован в онкологический стационар с клиникой дыхательной недостаточности, увеличением в размерах живота и изменениями, выявленными по данным УЗИ органов брюшной полости в виде образования правой почки/надпочечника, гепатомегалии и диффузными изменениями паренхимы печени.

Жалобы

На увеличение живота в размерах, беспокойство, снижение аппетита, частые срыгивания, учащённое дыхание

Анамнез заболевания

На 32 неделе гестации по данным планового УЗИ у плода выявлено -

одностороннее образование надпочечника/почки. На 35 неделе при повторном УЗИ, отмечено двустороннее поражение надпочечников/почек. +
При рождении отмечено увеличение живота в размерах за счет выраженной гепатомегалии. В связи с выраженными респираторными нарушениями, на фоне увеличения живота в объеме (гепатоспленомегалия), неврологической симптоматикой (угнетение ЦНС), метаболическими нарушениями, наличием интоксикации, ребенок находился в отделение интенсивной терапии. С первых суток ИВЛ с дальнейшим переходом на дотацию увлажненного кислорода через маску. По данным УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства выявлены признаки наличия солидного объемного образования левой почки, структурных изменений правого надпочечника, левой доли печени, вероятнее, обусловлены вторичными изменениями. +
Проведенная терапия: инфузионная, коррекция электролитных нарушений, антибактериальная, гемотранфузионная.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, 2 родов (1 - мальчик, 4 года, здоров). Течение беременности на фоне ОРВИ с фебрильной лихорадкой (мама самостоятельно принимала антибактериальные препараты) на сроке 13-14 недель. Роды самостоятельные, в 40 недель. Вес при рождении - 3550 гр, рост - 53 см. Оценка по шкале Апгар 5/6 баллов. В род. доме не вакцинирована. Естественное вскармливание не проводилось (с рождения на искусственном вскармливании).

Объективный статус

Состояние при поступлении тяжелое по основному заболеванию, за счет дыхательной недостаточности, обусловленной выраженной гепатомегалией. +
Самочувствие: страдает за счет дыхательной недостаточности, требующей постоянной дотации кислорода на скорости 2 л/мин. Ребенок во время осмотра плачет. На момент осмотра афебрилен. +
Сознание: ребенок в сознании. +
Кожа и подкожная клетчатка: иктеричная, чистая от инфекционной и аллергической сыпи, умеренно влажная, теплая. На коже передней стенки брюшной полости расширенная венозная сеть. Тургор кожи снижен. Подкожно-жировая клетчатка развита слабо, распределена равномерно. Видимых отеков нет. Язык и слизистые ротовой полости: розовые, влажные, чистые. +
Зев: чистый, не гиперемирован. +
Костно-мышечная система: видимой деформации скелета нет. Суставы визуально не изменены, пассивные движения в них в полном объеме. Швы

сомкнуты, большой родничок 1x1 см, не напряжен. +
Мышечный тонус в верхних и нижних конечностях снижен. +
Дыхательная система: носовое дыхание свободное, аускультативно в нижних отделах легких ослаблено. Хрипы не выслушиваются. Умеренно выраженная одышка смешанного характера. Дотация увлажненным O_2 – 2 л/мин. Без дотации O_2 сатурация снижается менее 90%. +
Сердечно-сосудистая система: область сердца визуально не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС 140 в мин. Выслушивается систолический шум над поверхностью сердца. +
Лимфатические узлы: периферические лимфатические узлы пальпаторно не увеличены. +
Живот: увеличен в объеме за счет гепатомегалии, напряжен, при пальпации во всех отделах безболезненный. Перистальтика сохранена. =
Печень: пальпируется на уровне малого таза, плотно-эластичная, безболезненная. Селезенка: выступает из-под края правой реберной дуги на 2 см, край плотно-эластичный, безболезненный. +
Стул: к/образный, без патологических примесей. +
Диурез: не учитывался. +
Мочеиспускание: безболезненное, через мочевого катетер. Моча светло-желтая, прозрачная. +
Неврологический статус: грубой очаговой симптоматики и менингеальных знаков не выявлено.

К лабораторным методам исследования, необходимым для постановки диагноза, относится

- 3
- 5
- 4
- 6

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относится

- 3
- 5
- 4
- 6

Результаты инструментальных методов обследования

Предположительный диагноз у данного больного может быть сформулирован, как

- адренокортикальный рак
- рабдомиосаркома
- нейробластома с билатеральным поражением надпочечников, метастатическим поражением печени и костного мозга (4S стадия по INSS)
- лимфома Ходжкина

Для окончательной постановки диагноза необходимо выполнить

- адренокортикальный рак
- рабдомиосаркома
- нейробластома с билатеральным поражением надпочечников, метастатическим поражением печени и костного мозга (4S стадия по INSS)
- лимфома Ходжкина

Окончательный диагноз может быть сформулирован, как

- адренокортикальный рак
- рабдомиосаркома
- нейробластома с билатеральным поражением надпочечников, метастатическим поражением печени и костного мозга (4S стадия по INSS)
- лимфома Ходжкина

Диагноз

Дальнейшая тактика ведения пациента подразумевает

- химиотерапию альтернирующими курсами N5/N6
- трансплантацию печени
- лучевую терапию области поражения
- экстренное начало химиотерапии (блок N4)

В связи с массивной гепатомегалией у данного пациента может развиваться

- запор
- кишечная непроходимость
- абдоминальный компартмент-синдром
- гипертонический криз

К дополнительным терапевтическим опциям, возможным у данного пациента при развитии абдоминального компартмент-синдрома, относится

- динамическое наблюдение

- заменное переливание крови
- наложение лапаростомы/лучевая терапия
- высокие дозы глюкокортикоидов

Для оценки ответа на проводимую терапию у данного пациента необходимо использовать

- динамическое наблюдение
- заменное переливание крови
- наложение лапаростомы/лучевая терапия
- высокие дозы глюкокортикоидов

Результаты обследования

Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- проведении дифференцировочной терапии 13-цис-ретиноевой кислотой
- динамическом наблюдении
- проведении 6 курсов N5/N6
- продолжении химиотерапии (проведение 4 курсов по схеме N4)

У пациентов с нейробластомой и массивным метастатическим поражением печени могут отмечаться изменения в

- ликворе
- общем анализе мочи
- уровне гормонов (ТТГ, Т3, Т4)
- коагулограмме

Наиболее частым побочным эффектом от приема доксорубина является

- ликворе
- общем анализе мочи
- уровне гормонов (ТТГ, Т3, Т4)
- коагулограмме

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мама с ребенком 1 мес. обратились в специализированный стационар в связи с подозрением на наличие злокачественного новообразования забрюшинного пространства.

Жалобы

На объемное образование в проекции правого надпочечника.

Анамнез заболевания

Аntenатально на 36-й неделе гестации по данным ультразвукового исследования в проекции правого надпочечника обнаружено объемное образование. При рождении состояние удовлетворительное. Выполнено ультразвуковое исследование органов брюшной полости, где подтверждено наличие объемного образования правого надпочечника.

Анамнез жизни

Ребенок от 3 беременности (1 - выкидыш в 5 нед., 2 - срочные роды, девочка 3 лет, здорова), 2 самостоятельных родов на сроке 39 нед. Течение беременности: 1 триместр - ОРВИ на 9 и 16 нед., инфекция половых путей в 13-14 нед. (тержинан); 3 триместр - кольпит 35 нед. (гиноформ, флуомизин), отеки на 38 нед. Короткая пуповина. Вес при рождении 3350 г. Рост 52 см. Закричала сразу. По шкале Апгар 8/9 баллов. К груди приложен сразу. БЦЖ, гепатит В - не проведены, мед. отвод. Естественное вскармливание до настоящего времени. Профилактические прививки: мед. отвод. Перенесенные заболевания: не было. Хирургических операций не было. Гемотрансфузий не было.

Объективный статус

T – 36,6°C. АД - 87/45 мм рт. ст. Пульс - 118 уд/мин. ЧДД - 30 в мин. При осмотре ребенок спокоен. Кожные покровы несколько желтушные, видимые слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание не нарушено. Аускультативно в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Гемодинамика стабильная. Живот не увеличен, мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень пальпируется у края реберной дуги. Селезенка не увеличена. Грудное вскармливание, усваивает, объем и частота кормления соответствует возрасту. Рост – 54 см, вес - 4,2 кг. + Стул 3-4 раза за сутки, кашеобразный, желтый, без патологических примесей. Мочеиспускание в памперс, моча не изменена.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относится

- ликворе
- общем анализе мочи
- уровне гормонов (ТТГ, Т3, Т4)
- коагулограмме

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам исследования относится

- ликворе
- общем анализе мочи
- уровне гормонов (ТТГ, Т3, Т4)
- коагулограмме

Результаты обследования

Предполагаемый основной диагноз у данного пациента может быть сформулирован, как

- гепатобластома
- гематома правого надпочечника
- объемное образование правого надпочечника нейрогенной природы
- липома правого надпочечника

Тактика дальнейшего ведения пациента заключается в

- гепатобластома
- гематома правого надпочечника
- объемное образование правого надпочечника нейрогенной природы
- липома правого надпочечника

Дополнительная информация

В возрасте 3 мес. у ребенка зафиксирован дальнейший рост объемного образования правого надпочечника по данным ультразвукового исследования органов брюшной полости на 45% (размеры 43x37x45 мм, объемом 40 мл). + Нейрон-специфическая энолаза - 44.45 нг/мл (норма 0-16,3);

С учетом дальнейшего роста образования объем обследований у данного пациента должен включать

- гепатобластома
- гематома правого надпочечника
- объемное образование правого надпочечника нейрогенной природы
- липома правого надпочечника

Результаты обследования

Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- биопсии образования/удалении опухоли
- лучевой терапии
- полихимиотерапии
- наблюдении

Учитывая отсутствие хирургических факторов риска, ребенку проведена туморадреналэктомия справа. Опухоль удалена радикально.

***Гистологическое заключение* – низкокодифференцированная нейробластома с низким МКИ. Для формирования полного диагноза показано проведение**

- реносцинтиграфии
- позитронно-эмиссионной томографии тела с выполнением сцинтиграфии всего тела с технецием
- цитогенетического исследования ткани опухоли с использованием метода FISH/полимеразной цепной реакцией
- высокопроизводительного секвенирования ткани опухоли

Методом FISH амплификации гена MYCN не обнаружено, делеции 1p не обнаружено, делеции 11q не обнаружено. +

Окончательный диагноз может быть сформулирован, как

- реносцинтиграфии
- позитронно-эмиссионной томографии тела с выполнением сцинтиграфии всего тела с технецием
- цитогенетического исследования ткани опухоли с использованием метода FISH/полимеразной цепной реакцией
- высокопроизводительного секвенирования ткани опухоли

Диагноз

Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- проведении лучевой терапии
- назначении полихимиотерапии
- снятии с диспансерного учета
- динамическом наблюдении

Магнитно-резонансную томографию органов брюшной полости на первом году наблюдения в данном случае необходимо выполнять

- 1 раз в 4 месяца
- 1 раз в месяц
- 1 раз в 3 месяца
- 1 раз в 6 месяцев

На первом году наблюдения уровень онкомаркеров в сыворотке крови данному пациенту необходимо оценивать

- 1 раз в 6 месяцев

- каждые 6 недель
- 1 раз в 1 месяц
- каждые 3 недели

На первом году наблюдения ультразвуковое исследование органов брюшной полости данному пациенту необходимо выполнять

- 1 раз в 6 месяцев
- каждые 6 недель
- 1 раз в 1 месяц
- каждые 3 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Родители с ребенком 1 мес. обратились в специализированный стационар в связи с подозрением на наличие злокачественной опухоли забрюшинного пространства.

Жалобы

На увеличение живота в размерах, слабость, низкий вес.

Анамнез заболевания

В возрасте 14 дней родители самостоятельно заметили увеличение живота в размерах, беспокойство ребенка. Обратились к педиатру по месту жительства. Было выполнено ультразвуковое исследование брюшной полости, где выявлено объемное образование правой почки, увеличение печени, без структурных изменений. Выполнена магнитно-резонансная томография органов брюшной полости без контрастирования, где выявлено объемное образование размерами 46x39x40 мм в правом забрюшинном пространстве, оттесняющее правую почку. Ребенок находился на обследовании в консультативно-диагностическом отделении, по данным контрольного ультразвукового исследования органов брюшной полости выявлена гепатоспленомегалия, объемное солидное образование в области среднего сегмента верхнего полюса правой почки, правого надпочечника и правой доли печени, по данным лабораторного исследования выявлено увеличение нейрон-специфической энлазы более 370 (норма 0-16,3 нг/мл), заподозрена опухоль забрюшинного пространства. Через 2 дня родители отметили появление экхимоза в области нижнего века левого глаза. Самостоятельно обратились в консультативное отделение специализированного учреждения.

Анамнез жизни

Ребенок от 3 беременности, 3 самостоятельных родов на сроке 38-39 нед. Течение беременности на фоне угрозы прерывания в течение всей беременности, миомы матки, гестоза 2-й половины беременности, предэклампсии. Вес при рождении 2700 г. Рост 49 см. По шкале Апгар 7/7 баллов. Закричала сразу. БЦЖ, гепатит В роддоме не проведено. Естественное вскармливание до 1 нед., далее смешанное и искусственное вскармливание. Профилактические прививки: мед. отвод. Перенесенные заболевания: не болела.

Объективный статус

T-37,0°C. АД=75/48 мм рт. ст. ЧДД=30 в мин. Пульс 125 уд/мин.

При осмотре ребенок спокоен. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, видимые слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание не нарушено.

Аускультативно в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Гемодинамика стабильная. Живот увеличен в объеме за счет гепатомегалии, печень находится у входа в малый таз.

Пальпация селезенки затруднена. Искусственное вскармливание, уменьшенный объем разового приема пищи. Физиологические отправления в норме.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относится

- 1 раз в 6 месяцев
- каждые 6 недель
- 1 раз в 1 месяц
- каждые 3 недели

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относится

- 1 раз в 6 месяцев
- каждые 6 недель
- 1 раз в 1 месяц
- каждые 3 недели

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз у данного пациента может быть сформулирован, как

- гематома правого надпочечника

- липома правого надпочечника
- гепатобластома
- объемное образование правого надпочечника нейrogenной природы

Дообследование пациента заключается в проведении

- гематома правого надпочечника
- липома правого надпочечника
- гепатобластома
- объемное образование правого надпочечника нейrogenной природы

Результаты обследования

Дальнейшая тактика ведения больного подразумевает

- наблюдение
- назначение полихимиотерапии по жизненным показаниям
- проведение лучевой терапии
- проведение биопсии первичной опухоли/печени

Больному была выполнена лапаротомия, биопсия очагов печени. + Гистологическое заключение – низкодифференцированная нейробластома с высоким МКИ. Для формирования полного диагноза показано проведение

- наблюдение
- назначение полихимиотерапии по жизненным показаниям
- проведение лучевой терапии
- проведение биопсии первичной опухоли/печени

Результаты обследования

Окончательный диагноз может быть сформулирован, как

- наблюдение
- назначение полихимиотерапии по жизненным показаниям
- проведение лучевой терапии
- проведение биопсии первичной опухоли/печени

Диагноз

Общий план ведения больного заключается в

- терапии для группы промежуточного риска
- наблюдении
- полихимиотерапии по схеме N5/N6

- адреналэктомии справа

Пациентам группы промежуточного риска лучевая терапия

- показана при наличии МЙБГ-негативной остаточной опухоли
- не проводится
- проводится при прогрессировании заболевания
- выполняется при наличии активной остаточной опухоли после шести курсов полихимиотерапии

Вопрос об оперативном удалении опухоли может быть рассмотрен после + ____ + курса химиотерапии

- 5-6-го
- 4-5-го
- 2-3-го
- 1-2-го

Лучевая терапия пациентам группы промежуточного риска проводится

- параллельно с поддерживающей терапией
- до поддерживающей терапии
- перед началом дифференцировочной терапии 13-цис-ретиноевой кислотой
- после завершения поддерживающей терапии

Пациентам группы промежуточного риска после поддерживающей терапии показано

- параллельно с поддерживающей терапией
- до поддерживающей терапии
- перед началом дифференцировочной терапии 13-цис-ретиноевой кислотой
- после завершения поддерживающей терапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент 2 лет госпитализирован в хирургическое отделение.

Жалобы

На повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, боли в животе, задержку стула до трех дней, снижение аппетита, слабость.

Анамнез заболевания

В течение месяца у ребенка 2 лет периодически появлялись боли в животе, которые проходили самостоятельно, по поводу чего наблюдались хирургом и педиатром, проводилась симптоматическая терапия (креон) без эффекта. В ходе обследования по УЗИ органов брюшной полости выявили образование в забрюшинном пространстве.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, 2 самостоятельных родов на сроке 39-40 нед. Течение беременности: без осложнений. Вес при рождении 3950 г. Рост 59 см. Раннее излитие околоплодных вод. Закричал сразу. К груди приложен сразу. По шкале Апгар 7/8 баллов. БЦЖ проведено в роддоме. Естественное вскармливание до 1 г. 1 мес. Профилактические прививки: по индивидуальному плану.

Объективный статус

Состояние тяжелое за счет болевого и интоксикационного синдрома. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки физиологической окраски, чистые. Отеков нет. Дыхание через нос свободное, отделяемого нет. При аускультации дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Живот увеличен в размерах, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Стула не было 3 дня. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

К необходимым в данной ситуации наиболее специфичным лабораторным методам исследования относится

- параллельно с поддерживающей терапией
- до поддерживающей терапии
- перед началом дифференцировочной терапии 13-цис-ретиноевой кислотой
- после завершения поддерживающей терапии

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым инструментальным методам обследования для постановки диагноза относится

- параллельно с поддерживающей терапией
- до поддерживающей терапии
- перед началом дифференцировочной терапии 13-цис-ретиноевой кислотой
- после завершения поддерживающей терапии

Результаты инструментальных методов обследования

Проведенное дообследование (КТ ОБП) выявило объемное образование левого надпочечника и наличие атипичных клеток в костном мозге. Укажите какие методы дообследования необходимо выполнить для оценки распространённости опухолевого процесса

- параллельно с поддерживающей терапией
- до поддерживающей терапии
- перед началом дифференцировочной терапии 13-цис-ретиноевой кислотой
- после завершения поддерживающей терапии

Результаты обследования

В данном случае предположительный диагноз может быть сформулирован, как

- нейробластома
- адренокортикальный рак
- гематома левого надпочечника
- дисгерминома

Для окончательного установления диагноза данному пациенту показано проведение

- нейробластома
- адренокортикальный рак
- гематома левого надпочечника
- дисгерминома

Окончательный диагноз может быть сформулирован, как

- нейробластома
- адренокортикальный рак
- гематома левого надпочечника
- дисгерминома

Диагноз

Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в проведении

- 6 курсов индукционной химиотерапии, оперативном вмешательстве, сборе периферических стволовых клеток, МЙБГ-терапии, высокодозной полихимиотерапии, ауто-ТГСК, лучевой и дифференцировочной терапии
- 10 курсов индукционной химиотерапии, оперативном вмешательстве, сборе периферических стволовых клеток, высокодозной полихимиотерапии, ауто-ТГСК, лучевой и дифференцировочной терапии
- 6 курсов индукционной химиотерапии, оперативном вмешательстве, лучевой и дифференцировочной терапии
- 6 курсов индукционной химиотерапии, сборе периферических стволовых клеток, высокодозной полихимиотерапии, ауто-ТГСК, лучевой терапии

После 4-х курсов индукционной химиотерапии пациенту было проведено контрольное обследование (МСКТ ОБП с КУ), по данным которого отмечается положительная динамика в виде сокращения опухоли на 55%. Дальнейшая тактика ведения состоит в проведении

- перевода пациента на 2 линию терапии по схеме иринотекан/темозолomid
- высокодозной полихимиотерапии и ауто-ТГСК
- лучевой терапии
- оперативного вмешательства в объеме: удаления опухоли забрюшинного пространства

По результатам контрольного обследования после 6 курсов индукционной терапии у пациента санирован костный мозг, по данным КТ органов брюшной полости – остаточной опухоли не выявлено. Таким образом, имеет место полный ответ по заболеванию. Дальнейшая тактика ведения должна заключаться в

- переходе к этапу консолидации – высокодозная полихимиотерапия и ауто-ТГСК
- МЙБГ-терапии
- лучевой терапии
- протонной терапии

С целью профилактики пневмоцистной пневмонии пациентам на период химиотерапии проводят лечение

- аминогликозидами
- антибиотиками цефалоспоринового ряда
- глюкокортикостероидами
- ко-тримоксазолом

В период индуцированной аплазии кроветворения с целью роста гранулоцитов в крови назначают

- препараты Г-КСФ
- препараты антибактериального ряда
- глюкокортикостероиды
- трансфузию гранулоцитов

Перед каждым курсом полихимиотерапии с доксорубицином необходимо проводить

- препараты Г-КСФ
- препараты антибактериального ряда
- глюкокортикостероиды
- трансфузию гранулоцитов

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 1 месяца госпитализирован в педиатрический стационар с симптоматикой ОРВИ (лихорадка до 38^o^C, контакт по ОРВИ в семье).

Жалобы

На повышение температуры тела, увеличение объема живота.

Анамнез заболевания

У ребенка отмечается повышение температуры до фебрильных цифр в течение 5 дней, что было расценено как ОРВИ. Проводилась симптоматическая терапия. Два дня назад родители заметили увеличение в размерах живота. Амбулаторно выполнено УЗИ органов брюшной полости – выявлено объемное образование забрюшинного пространства в диаметре до 4 см, увеличение размеров печени.

Анамнез жизни

Ребенок от 2-й беременности (1-я роды 2105 г - девочка, здорова) с угрозой в 1 триместре, ОРВИ с фебрильной лихорадкой на сроке 5 недель. От 2-х плановых оперативных родов (рубец на матке). Вес при рождении 3900 г., длина тела 54 см, по Апгар 8/9 баллов. Домой выписан на 6 сутки. На грудном вскармливании с рождения. Вакцинирован в роддоме: БЦЖ и гепатит В.

Объективный статус

Состояние тяжелое за счет лихорадки и абдоминального синдрома. Масса – 5915 г. Окр. головы 40 см. Температура 37.5^o^C. Телосложение правильное, повышенного питания. На осмотр реагирует спокойно, "подкряхтывает" при

дыхании. Судорог при осмотре нет. Мышечный тонус умеренно дистально снижен. Физиологические рефлексы: Бабкина +, Робинсона +, Моро 1 фаза + 2 фаза +, опоры +/-, шаговый +/-, ползания +/- . Голова округлой формы, кости черепа средней плотности. Большой родник 2x2 см, не напряжен, не выбухает. Лицо симметричное, глазные щели на одном уровне. Зрачки D=S. Фотореакция зрачков прямая и содружественная сохранена. Патологическая неврологическая глазная симптоматика отсутствует. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Подкожно-жировая клетчатка развита несколько избыточно, тургор и эластичность удовлетворительны. Дыхание с втяжением нижней апертуры грудной клетки на вдохе. Грудная клетка без деформаций. Перкуторно над легкими коробочный оттенок звука. Аускультативно дыхание проводится симметрично по всем легочным полям, хрипов нет. ЧСС 48-54 в мин. Тоны сердца средней звучности и выслушиваются во всех точках. ЧСС - 136 в мин. Живот мягкий при пальпации. Печень пальпаторно выступает на 6 см из-под края реберной дуги, край плотный, селезенка +1,0 см. Физиологические отправления в норме.

К необходимым инструментальным методам исследования для уточнения диагноза относится

- препараты Г-КСФ
- препараты антибактериального ряда
- глюкокортикостероиды
- трансфузию гранулоцитов

Результаты инструментальных методов обследования

К лабораторным исследованиям, необходимым данному пациенту для уточнения диагноза, относится

- препараты Г-КСФ
- препараты антибактериального ряда
- глюкокортикостероиды
- трансфузию гранулоцитов

Результаты лабораторных методов обследования

Предварительный диагноз может быть сформулирован, как

- светлоклеточная саркома почки
- мезобластная нефрома справа
- нейробластома правого надпочечника с метастатическим поражением печени, костного мозга

- нефробластома справа

Предварительно данному пациенту может быть установлена + ___ + стадия заболевания

- 4S
- 2A
- 2B
- 1

Химиотерапия данному пациенту

- не показана при данной патологии
- может быть назначена при наличии жизнеугрожающих состояний
- показана при достижении возраста 6 месяцев
- показана при объеме первичной опухоли более 300 см³

В случае назначения химиотерапии данному пациенту препаратами первой линии будут являться

- не показана при данной патологии
- может быть назначена при наличии жизнеугрожающих состояний
- показана при достижении возраста 6 месяцев
- показана при объеме первичной опухоли более 300 см³

Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- ауто-ТГСК
- проведении лучевой терапии
- динамическом наблюдении
- продолжении химиотерапии

Тактика ведения пациента в случае бурной прогрессии основного заболевания за счет гепатомегалии заключается в

- трансплантации печени
- наложении лапаростомы с целью снижения интраабдоминального давления
- динамическом наблюдении
- удалении опухоли надпочечника

Для окончательной постановки диагноза данному пациенту необходимо выполнить

- трансплантации печени

- наложении лапаростомы с целью снижения интраабдоминального давления
- динамическом наблюдении
- удалении опухоли надпочечника

Результаты обследования

Окончательный диагноз может быть сформулирован, как

- трансплантации печени
- наложении лапаростомы с целью снижения интраабдоминального давления
- динамическом наблюдении
- удалении опухоли надпочечника

Диагноз

Расчет препаратов на кг массы тела проводится

- детям младше 12 мес., детям весом менее 10 кг
- детям старше 12 месяцев
- детям до 18 лет
- детям до 10 лет, весом менее 30 кг

Лучевая терапия пациентам с нейробластомой группы наблюдения

- детям младше 12 мес., детям весом менее 10 кг
- детям старше 12 месяцев
- детям до 18 лет
- детям до 10 лет, весом менее 30 кг

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 5 мес. с подозрением на наличие объемного (опухолевого) образования в забрюшинном пространстве направлен в специализированный стационар для проведения комплексного обследования, установки диагноза и определения дальнейшей тактики терапии.

Жалобы

На наличие объемного образования в забрюшинном пространстве.

Анамнез заболевания

Со слов матери, при плановом ультразвуковом исследовании органов брюшной

полости в 3 месяца выявлено объемное образование в забрюшинном пространстве, асимметрия размеров почек, справа между полюсом правой почки и краем печени визуализируется округлое образование размерами 26x20 мм, изоэхогенное с четкими контурами слева между верхним полюсом левой почки и селезенки визуализируется округлое образование размерами 35x31 мм, изоэхогенное, контуры не четкие. Направлен на прием к онкологу.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов, в 40 недель. Вес при рождении 3490 г, рост 52 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. БЦЖ и гепатит В проведены в роддоме. Вскармливание грудное. В период новорожденности был установлен диагноз: внебольничная двусторонняя пневмония бактериальной этиологии.

Объективный статус

T – 36,6°C. АД=87/45 мм рт. ст. Пульс 112 уд/мин. ЧДД=30 в мин.

При осмотре ребенок спокоен. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, видимые слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание не нарушено.

Аускультативно в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Гемодинамика стабильная. Живот не увеличен в объеме, мягкий, безболезненный во всех отделах, с двух сторон в брюшной полости пальпируются плотные образования диаметром до 4 см. Печень выступает на 2 см из-под края правой реберной дуги, край мягкий. Селезенка пальпируется краем. Находится на грудном вскармливании, усваивает, объем съедаемой пищи соответствует возрастным нормам. Физиологические отправления в норме.

К необходимым методам лабораторной диагностики в данной ситуации относится

- детям младше 12 мес., детям весом менее 10 кг
- детям старше 12 месяцев
- детям до 18 лет
- детям до 10 лет, весом менее 30 кг

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относится

- детям младше 12 мес., детям весом менее 10 кг
- детям старше 12 месяцев
- детям до 18 лет

- детям до 10 лет, весом менее 30 кг

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз у данного пациента может быть сформулирован, как

- лимфома
- мягкотканная саркома забрюшинного пространства
- объемное образование печени с метастатическим поражением надпочечников
- объемное образование с билатеральным поражением надпочечников нейrogenной природы

Дальнейшая тактика ведения пациента подразумевает

- лимфома
- мягкотканная саркома забрюшинного пространства
- объемное образование печени с метастатическим поражением надпочечников
- объемное образование с билатеральным поражением надпочечников нейrogenной природы

Для формирования полного диагноза показано проведение

- лимфома
- мягкотканная саркома забрюшинного пространства
- объемное образование печени с метастатическим поражением надпочечников
- объемное образование с билатеральным поражением надпочечников нейrogenной природы

Результаты обследования

Дополнительная информация

Ткань опухоли справа - методом FISH амплификации гена MYCN не обнаружено, делеции 1p не обнаружено, делеции 11q не обнаружено, триплоидный набор. Ткань опухоли слева - методом FISH обнаружен gain MYCN, делеции 1p не обнаружено, делеции 11q не обнаружено, диплоидный набор.

Окончательный диагноз может быть сформулирован, как

- лимфома
- мягкотканная саркома забрюшинного пространства

- объемное образование печени с метастатическим поражением надпочечников
- объемное образование с билатеральным поражением надпочечников нейрогенной природы

Диагноз

С учетом установленного окончательного диагноза дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- полихимиотерапии по схемам N5 и N6 в альтернирующем режиме
- наблюдении
- адреналэктомии слева
- полихимиотерапии по схеме N4 в альтернирующем режиме

При билатеральном поражении надпочечников наиболее часто развивается

- надпочечниковая недостаточность
- вторичный альдостеронизм
- синдром Кушинга
- печеночная недостаточность

Во время проведения индукционной полихимиотерапии контрольные обследования проводятся

- после каждого 2-го, 4-го и 6-го курса
- после каждого курса
- после каждого 3-го курса
- после 6-го курса

Возможно ли проведение адреналэктомии с контрлатеральной стороны?

- адреналэктомия с обеих сторон не выполняется
- после 4-го курса ПХТ
- после 3-го курса ПХТ
- после 2-го курса ПХТ

При адреналэктомии с обеих сторон возможно развитие

- синдрома Кушинга
- альдостерониза
- гиперкортицизма
- надпочечниковой недостаточности

Надпочечниковая недостаточность может проявляться

- синдрома Кушинга
- альдостерониза
- гиперкортицизма
- надпочечниковой недостаточности

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме ребенок 19 месяцев с установленным неврологом диагнозом: синдром опсоклонус-миоклонус.

Жалобы

На повышенную возбудимость, нарушение сна, тремор рук и ног, утрату моторных навыков - перестала самостоятельно сидеть, стоять, ходить, негативно реагирует на медицинский персонал

Анамнез заболевания

Месяц назад мама заметила беспокойство ребенка при укладывании спать, на следующий день появилась дрожь в конечностях, выраженное беспокойство.

Мать связала данное состояние с отсутствием стула, после клизмы ребенок успокоился. Через два дня ребенок перестал ходить. Еще через один день появилось сходящееся косоглазие. +

Ребенок был госпитализирован в травматологическое отделение с целью исключения объемного образования головного мозга. +

Проведено МРТ головного мозга - органической патологии не выявлено. +

Ребенок был осмотрен окулистом – глазное дно без патологии.

* Осмотр невролога

* Состояние сознания: ясное, на осмотр реагирует негативно,

* Психомоторное развитие: не соответствует возрасту, утрата навыков: не сидит, не стоит, не ходит,

* Черепные нервы: Зрение ориентировочно не снижено; Зрачки средней ширины OS=OD, фотореакция сохранена; Движения глаз в полном объеме, периодический опсоклонус глазных яблок, более выраженный при фиксации взора; Лицо при плаче симметричное; слух не снижен; глоточные и небные рефлексы живые; голос громкий; Язык в полости рта по средней линии.

* Мышечная сила: Удовлетворительная

* Мышечный тонус: незначительно диффузно снижен

* Периостальные и сухожильные рефлексы: вызываются, средней живости, без четкой разницы сторон

* Кожные рефлексы: брюшные: вызываются

* Чувствительность: не нарушена

- * Гиперкинезы: единичная миоклония век, выраженный мелкочастотный тремор, усиливающийся при эмоциональной нагрузке в руках и ногах
- * Координаторные пробы выполняет: дисметрия в обеих руках, интенционный тремор
- * В позе Ромберга: не исследована- астазия абазия
- * Расстройство функции тазовых органов: навыки не сформированы
- * Речь: со слов матери - не нарушилась в динамике от начала заболевания
- * Менингеальный синдром: отрицательный
- * Корешковый синдром: отрицательный
- * Основной клинический диагноз:

Опсуклонус миоклонус синдром (энцефалопатия Кинсбурна). Мозжечковый синдром. Подкорковый синдром. По шкале двигательной активности Пранзателли 30 баллов (тяжелая степень) по шкале OMS/DES 11 баллов

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, 1 родов, Течение беременности: без особенностей. Роды: самостоятельные на 39-40 нед. Вес при рождении 3750 г. Рост 50 см. Естественное вскармливание до 1 мес. Семейный анамнез неотягощен. Аллергоанамнез: не отягощен. Наследственность не отягощена. + Травмы, операции – отрицает. Вакцинация по возрасту.

Объективный статус

Состояние - тяжелое по основному заболеванию за счет неврологической симптоматики. +

Сознание ясное. +

Самочувствие - страдает за счет неврологической симптоматики. При беспокойстве усиливается тремор конечностей, начинает кусать маму.

Активность снижена. Играет в игрушки. Аппетит сохранен. Сон спокойный. + Кожные покровы - бледно-розовые. Видимые слизистые розовые, влажные, чистые. +

Костно-мышечная система - без ортопедической патологии. +

Органы дыхания - дыхание через нос свободное, отделяемого нет. В легких дыхание пуэрильное, равномерно проводится во все отделы, хрипов нет. +

Сердечно-сосудистая система - тоны сердца ясные, ритмичные. Гемодинамика стабильна. +

Пищеварительная система- Живот мягкий, не вздут, доступен глубокой пальпации во всех отделах, безболезненный. Стул 1 раз за прошедшие сутки, п/оформленный, без патологических примесей. +

Мочевыводящая система - диурез не учитывался, мочеиспускание свободное.

Нервная система- синдром опсуклонус-миоклонус.

Наиболее частой этиологической причиной синдрома опсоклонус-миоклонус является

- менингококковая инфекция
- медуллобластома
- нейrogenная опухоль (нейробластома)
- вирус Эбштейн-Барр

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относится

- менингококковая инфекция
- медуллобластома
- нейrogenная опухоль (нейробластома)
- вирус Эбштейн-Барр

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относится

- менингококковая инфекция
- медуллобластома
- нейrogenная опухоль (нейробластома)
- вирус Эбштейн-Барр

Результаты инструментальных методов обследования

Для окончательной постановки диагноза необходимо выполнить

- менингококковая инфекция
- медуллобластома
- нейrogenная опухоль (нейробластома)
- вирус Эбштейн-Барр

Результаты обследования

С целью дополнительного обследования данному пациенту необходимо выполнить

- менингококковая инфекция
- медуллобластома
- нейrogenная опухоль (нейробластома)
- вирус Эбштейн-Барр

Результаты обследования

Окончательный диагноз может быть сформулирован, как

- менингококковая инфекция
- медуллобластома
- нейrogenная опухоль (нейробластома)
- вирус Эбштейн-Барр

Диагноз

Учитывая локальную стадию заболевания, отсутствие неблагоприятных цитогенетических маркеров и жизнеугрожающих состояний, дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- динамическом наблюдении, терапии синдрома опсоклонус-миоклонус
- лучевой терапии
- химиотерапии альтернирующими курсами N5/N6
- брахитерапии

В процессе динамического наблюдения за данным пациентом необходимо проводить

- ПЭТ/КТ с ФДГ
- УЗИ органов брюшной полости, КТ/МРТ органов брюшной полости и малого таза с контрастным усилением, оценка уровня онкомаркеров (НСЕ, ферритин, ЛДГ)
- ЭЭГ
- оценку уровня иммуноглобулинов

Вместе с онкологом пациента должен наблюдать

- окулист
- психиатр
- невролог
- ортопед

Базисной для терапии синдрома опсоклонус-миоклонус являются

- антибактериальные препараты
- противовирусные средства
- нестероидные противовоспалительные
- глюкокортикостероиды

Тактикой ведения больного с синдромом опсоклонус-миоклонус, если при первичном обследовании нейрогенная опухоль не была выявлена, будет заключаться в

- проведении скринингового контрольного обследования (УЗИ органов брюшной полости и рентгенография органов грудной клетки) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведении скринингового контрольного обследования (КТ/МРТ шеи, органов грудной клетки, органов брюшной полости и малого таза с контрастным усилением) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- снятии с диспансерного наблюдения у детского онколога
- проведении скринингового контрольного обследования (МРТ головного мозга) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза

Основной особенностью нейрогенных опухолей при синдроме опсоклонус-миоклонус является

- проведении скринингового контрольного обследования (УЗИ органов брюшной полости и рентгенография органов грудной клетки) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведении скринингового контрольного обследования (КТ/МРТ шеи, органов грудной клетки, органов брюшной полости и малого таза с контрастным усилением) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- снятии с диспансерного наблюдения у детского онколога
- проведении скринингового контрольного обследования (МРТ головного мозга) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На приеме ребенок 3 месяцев с наличием подкожных образований (на правой и левой стопе, левом предплечье) и изменениями, выявленными при проведении УЗИ органов брюшной полости – наличие образования правого надпочечника и изменениями структуры печени.

Жалобы

На наличие образований на правой и левой стопе. Самочувствие не страдает.

Анамнез заболевания

С рождения у ребенка отмечалось образование на подошвенной поверхности правой стопы, которое увеличивалась в динамике. Был установлен предварительный диагноз - гемангиома. Ребенок оставлен под динамическим наблюдением.

Через 4 недели появились аналогичные образования на противоположной стопе и внутренней поверхности левого предплечья. В связи с появлением новых образований выполнено дообследование:

УЗИ мягких тканей: на подошвенной поверхности правой стопы, подкожно, в месте пальпируемой выпуклости визуализируется образование с неровными, нечеткими контурами, средней эхогенности, умеренно неоднородной внутренней структуры. Размеры 17х7 мм, богато васкуляризированное при ЦДК.

УЗИ органов брюшной полости: Размеры долей печени увеличены, по всему срезу паренхимы правой и левой долей определяются множественные очаговые образования неправильной округлой формы с нечеткими контурами, неоднородной изоэхогенной структуры с наличием в отдельных из них кистозных включений, максимальными размерами единичного 12х9 мм, с зарегистрированным кровотоком при ЦДК. В забрюшинном пространстве справа, в проекции правого надпочечника, определяется объемное образование округлой формы с бугристыми контурами, размерами 51х39х48 мм, неоднородной солидной структуры с наличием незначительного кистозного компонента, хорошо васкуляризированное при ЦДК. Смещает почку каудально, структура не изменена. Левый надпочечник увеличен в размерах неоднородной структуры за счет неконкретных зон. **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:**

эхографические признаки объемного образования правого надпочечника.

Множественное очаговое поражение печени. Увеличение левого надпочечника с неоднородностью структуры.

Анамнез жизни

Ребенок от 2-й беременности из двойни (монохориальная, биамниотическая), вторых патологических родов путем кесарева сечения на 37 неделе (1 беременность - мальчик, здоров, на данный момент 4 года). Течение беременности на фоне токсикоза и угрозы прерывания на протяжении всего срока. Масса тела при рождении 2290 г., длина тела 47 см, по шкале Апгар 8/9 баллов (близнец масса тела 2980 г., длина 48 см.). Выписан из роддома на 3 сутки с диагнозами: Кавернозная гемангиома правой стопы. Физиологическая незрелость (II из двойни). Грудное вскармливание до 2-х недель, на настоящий момент на искусственном вскармливании. Привит в роддоме – БЦЖ. +
Наследственность неотягощена. +
Травмы, операции – отрицает.

Объективный статус

Состояние тяжелое по основному заболеванию. Самочувствие удовлетворительное, стабильное. Активен. Не лихорадит. Видимых очагов инфекции нет. Сон не нарушен. Аппетит сохранен. Срыгиваний нет. Реакция на осмотр адекватная в виде двигательного и эмоционального беспокойства. Крик громкий. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые, умеренной влажности, чистые от высыпаний. На подошвенной стороне правой стопы - образование размерами 3х6х2 см, бледного-розового цвета, безболезненное и не смещаемое при пальпации - в динамике уменьшение в размерах, очаг стал менее плотным. На противоположной стопе аналогичные образования, плотные, не подвижные. В верхней трети левого плеча по медиальной поверхности пальпируется образование округлой формы, однородное, безболезненное, размерами 0.4х0.4х0.5 см, без динамики. Слизистые оболочки ротовой полости розовые, чистые. Тоны сердца звучные, ритм правильный. Гемодинамика стабильная, показатели в пределах возрастных норм. Носовое дыхание свободное. В легких при аускультации над всей поверхностью выслушивается пуэрильное дыхание, равномерно проводится во все отделы. Хрипы не выслушиваются. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, доступен глубокой пальпации. Срыгиваний нет. На искусственном вскармливании. Усваивает. Печень +2,0 см из-под края реберной дуги. Селезёнка не пальпируется. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Мочится в памперс. Моча визуально не изменена. Неврологический статус: общемозговой и очаговой симптоматики на момент осмотра нет. Наружные половые органы по мужскому типу, грыжевых выпячиваний нет. Стул регулярный, кашицеобразный, 5-6 раз в сутки.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относится

- проведении скринингового контрольного обследования (УЗИ органов брюшной полости и рентгенография органов грудной клетки) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведении скринингового контрольного обследования (КТ/МРТ шеи, органов грудной клетки, органов брюшной полости и малого таза с контрастным усилением) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- снятии с диспансерного наблюдения у детского онколога
- проведении скринингового контрольного обследования (МРТ головного мозга) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза

Результаты лабораторных методов обследования

К дополнительным методам обследования, необходимым для постановки диагноза, относится

- проведении скринингового контрольного обследования (УЗИ органов брюшной полости и рентгенография органов грудной клетки) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведении скринингового контрольного обследования (КТ/МРТ шеи, органов грудной клетки, органов брюшной полости и малого таза с контрастным усилением) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- снятии с диспансерного наблюдения у детского онколога
- проведении скринингового контрольного обследования (МРТ головного мозга) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза

Результаты обследования

Какие дополнительные действия необходимо выполнить для окончательной постановки диагноза?

- проведении скринингового контрольного обследования (УЗИ органов брюшной полости и рентгенография органов грудной клетки) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- проведении скринингового контрольного обследования (КТ/МРТ шеи, органов грудной клетки, органов брюшной полости и малого таза с контрастным усилением) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- снятии с диспансерного наблюдения у детского онколога
- проведении скринингового контрольного обследования (МРТ головного мозга) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза

Результаты обследования

Окончательный диагноз может быть сформулирован, как

- проведении скринингового контрольного обследования (УЗИ органов брюшной полости и рентгенография органов грудной клетки) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза

- проведении скринингового контрольного обследования (КТ/МРТ шеи, органов грудной клетки, органов брюшной полости и малого таза с контрастным усилением) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза
- снятии с диспансерного наблюдения у детского онколога
- проведении скринингового контрольного обследования (МРТ головного мозга) 1 раз в 6 мес. на протяжении двух лет от момента постановки неврологического диагноза

Диагноз

Дальнейшая тактика ведения пациента предусматривает

- химиотерапию альтернирующими курсами N5/N6
- лучевую терапию
- динамическое наблюдение
- оперативное вмешательство по удалению первичной опухоли

При наблюдении за данным пациентом необходимо проводить

- ПЭТ/КТ с ФДГ
- уровень иммуноглобулинов
- методы визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) всего тела с оценкой уровня онкомаркеров (НСЕ, ферритин, ЛДГ)
- методы визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) той анатомической области, где были расположены первичная опухоль и/или метастазы с оценкой уровня онкомаркеров (НСЕ, ферритин, ЛДГ)

К дополнительным лабораторным методам обследования, необходимым данному пациенту, учитывая билатеральное поражение надпочечников, относится

- ПЭТ/КТ с ФДГ
- уровень иммуноглобулинов
- методы визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) всего тела с оценкой уровня онкомаркеров (НСЕ, ферритин, ЛДГ)
- методы визуализации (УЗИ, КТ, МРТ) той анатомической области, где были расположены первичная опухоль и/или метастазы с оценкой уровня онкомаркеров (НСЕ, ферритин, ЛДГ)

Результаты лабораторного метода обследования

Тактика введения в отношении подкожных метастатических очагов у данного пациента заключается в

- терапии преднизолоном
- наблюдении
- резекции всех подкожных метастатических образований
- проведении лучевой терапии

У данного пациента в дальнейшем ограничения с выбором профессии

- будут в виде ограничения вождения транспортом
- будут ограничения работы на предприятиях, связанные с подъемом тяжестей
- не будет
- будут в виде ограничений работы на предприятиях в ночное время суток

При обследовании через 8 мес. от момента постановки диагноза у данного больного отмечено полное нивелирование первичных образований в области надпочечников, санация костного мозга и метастатических очагов (в печени и подкожных образований). Ответ у данного больного можно расценить, как

- полный ответ
- частичный ответ
- смешанный ответ
- очень хороший частичный ответ

В случае необходимости проведения химиотерапии у данного пациента, расчет доз химиопрепаратов проводится

- исходя из возраста пациента
- на килограмм массы тела
- на квадратный метр площади поверхности тела
- на килограмм массы тела x 1,5

У пациентов с 4S стадией нейробластомы группы наблюдения показатели выживаемости составляют

- исходя из возраста пациента
- на килограмм массы тела
- на квадратный метр площади поверхности тела
- на килограмм массы тела x 1,5

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 2 лет направлен в специализированный стационар в связи с

обнаружением по данным компьютерной томографии объемного образования в области шеи.

Жалобы

На асимметрию глазных щелей.

Анамнез заболевания

болен в течение 1 месяца, когда мама заметила асимметрию глазных щелей у ребенка. Получали по месту жительства нейротропную терапию - без эффекта. Далее были госпитализированы в нейрохирургическое отделение, где, по данным компьютерной томографии было обнаружено объемное образование мягких тканей шеи справа.

Анамнез жизни

ребенок от 3 беременности, 2 родов. Течение беременности без особенностей. Роды через естественные родовые пути. Вес при рождении 4050г. Рост 55см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Естественное вскармливание до настоящего момента. Рос и развивался по возрасту. Профилактические прививки –по возрасту. Перенесенные заболевания - нет. Аллергоанамнез не отягощен. Семейный анамнез по злокачественным заболеваниям не отягощен.

Объективный статус

t:36.5°C. АД=98/66 мм рт. ст. Пульс 98 уд/мин. ЧДД=24 в мин. +

Сознание: ясное. Кожные покровы физиологической окраски, на щеках проявления аллергической сыпи, умеренной влажности. Слизистые: чистые, влажные. Подкожно-жировой слой развит нормально, распределен равномерно. Тургор тканей удовлетворительный, видимых отеков нет. Волосы и ногти: в норме. Лимфатические узлы: не увеличены, безболезненные. Органы дыхания: Носовое дыхание, свободное, отделяемое отсутствует. Форма грудной клетки: цилиндрическая. Экскурсия грудной клетки: симметричная. Грудная клетка: не изменена, ригидна. Аускультативно, дыхание пуэрильное равномерно проводится по всем полям, хрипов нет. Перкуторный звук: ясный легочный, Кашель отсутствует. Одышки нет. Сердечно сосудистая система: область сердца не изменена, границы сердца относительно сердечной тупости, соответствуют возрасту, тоны сердца, ясные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный, симметричный, правильной формы. Печень не увеличена, безболезненная. Селезенка, лежа на спине, не пальпируется. Диурезадекватный. Костно-мышечная система: большой родничок: диаметр 1x1 см - спокойный. +

Status localis: В области шеи справа пальпируется мягко-тканное образование безболезненное, размерами около 5 см. Размеры глазных щелей разные, птоз, миоз, энтофтальм справа.

К необходимым в данной ситуации лабораторным методам исследования относятся

- исходя из возраста пациента
- на килограмм массы тела
- на квадратный метр площади поверхности тела
- на килограмм массы тела x 1,5

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- исходя из возраста пациента
- на килограмм массы тела
- на квадратный метр площади поверхности тела
- на килограмм массы тела x 1,5

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз у данного пациента может быть установлен, как

- герминогенно-клеточная опухоль шеи
- мягкотканная саркома шеи
- лимфома
- объемное образование шеи нейрогенной природы

Учитывая локализацию опухоли, сопутствующей патологией у пациента является

- дыхательная недостаточность
- синдром Горнера справа
- экзофтальм
- лимфаденопатия

При осмотре выявлены птоз, миоз, экзофтальм. +

Ребенок осмотрен неврологом, окулистом. *Заключение:* синдром Бернара-Горнера. Дальнейшая тактика ведения пациента подразумевает

- дыхательная недостаточность
- синдром Горнера справа
- экзофтальм
- лимфаденопатия

Дополнительная информация

Проведено оперативное вмешательство в объеме удаления образования шеи справа с венолизом яремной вены, артериолизом общей сонной артерии, невролизом блуждающего нерва и возвратного гортанного нерва справа. Селективная нервосберегающая лимфадэнектомия на шее. Удалено 95% опухоли. +

Гистологическое заключение – недифференцированная нейробластома с высоким МКИ.

Для формирования окончательного диагноза показано проведение

- цитогенетического исследования ткани опухоли с использованием метода FISH/полимеразной цепной реакцией
- позитронно-эмиссионной томографии тела
- сцинтиграфии с технецием
- высокопроизводительного секвенирования ткани опухоли

При исследовании методом FISH обнаружена амплификация гена N-MYC, делеция 1p в 50% ядер, делеции 11q23 не обнаружено. +

Окончательный диагноз может быть сформулирован, как

- цитогенетического исследования ткани опухоли с использованием метода FISH/полимеразной цепной реакцией
- позитронно-эмиссионной томографии тела
- сцинтиграфии с технецием
- высокопроизводительного секвенирования ткани опухоли

Диагноз

В качестве дальнейшей тактики ведения пациенту показано проведение

- полихимиотерапии по протоколу NB-2004 для группы высокого риска (начало индукционной химиотерапии альтернирующими курсами по схеме N5/N6)
- полихимиотерапии по схеме N4
- радикальной операции
- динамического наблюдения

Контрольное обследование во время проведения индукционной терапии показано после + _____ + полихимиотерапии

- каждого 3-го курса
- только после 6-го курса
- 2-го, 4-го и 6-го курса
- каждого курса

Аферез (сбор) периферических стволовых клеток проводят после + _____ + индукционной химиотерапии

- 6-го курса
- 5-го курса
- 1-го курса
- 2-3 курса

Высокодозная химиотерапия с поддержкой стволовыми клетками в рамках протокола NB-2004

- выполняется после 6-го курса индукционной полихимиотерапии
- выполняется после 5-го курса полихимиотерапии
- не выполняется
- выполняется после 4-го курса полихимиотерапии

Ауто-ТГСК пациентам группы высокого риска в рамках протокола NB-2004 выполняется в случае

- выполняется после 6-го курса индукционной полихимиотерапии
- выполняется после 5-го курса полихимиотерапии
- не выполняется
- выполняется после 4-го курса полихимиотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Ребенок 5 мес. с подозрением на наличие объемного (опухолевого) образования в забрюшинном пространстве направлен в специализированный стационар для проведения комплексного обследования, установки диагноза и определения дальнейшей тактики терапии.

Жалобы

На наличие объемного образования в забрюшинном пространстве.

Анамнез заболевания

Со слов матери, при плановом ультразвуковом исследовании органов брюшной полости в 3 месяца выявлено объемное образование в забрюшинном пространстве, асимметрия размеров почек, справа между полюсом правой почки и краем печени визуализируется округлое образование размерами 26x20 мм, изоэхогенное с четкими контурами слева между верхним полюсом левой почки и селезенки визуализируется округлое образование размерами 35x31 мм, изоэхогенное, контуры не четкие. Направлен на прием к онкологу.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов, в 40 недель. Вес при рождении 3490г, рост 52 см, оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. БЦЖ и гепатит проведены в роддоме. Вскармливание грудное. В период новорожденности был установлен диагноз: внебольничная двусторонняя пневмония бактериальной этиологии.

Объективный статус

T – 36,6С. АД=87/45 мм рт. ст. Пульс 112 уд/мин. ЧДД=30 в мин. +

При осмотре ребенок спокоен. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, видимые слизистые розовые, чистые. Носовое дыхание не нарушено.

Аускультативно в легких дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритм правильный. Гемодинамика стабильная. Живот не увеличен в объеме, мягкий, безболезненный во всех отделах, с двух сторон в брюшной полости пальпируются плотные образования диаметром до 4 см. Печень выступает на 2 см из-под края правой реберной дуги, край мягкий. Селезенка пальпируется краем. Грудное вскармливание, усваивает, объем съедаемой пищи соответствует возрастным нормам. Физиологические отправления в норме.

К необходимым методам лабораторной диагностики в данной ситуации относятся

- выполняется после 6-го курса индукционной полихимиотерапии
- выполняется после 5-го курса полихимиотерапии
- не выполняется
- выполняется после 4-го курса полихимиотерапии

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- выполняется после 6-го курса индукционной полихимиотерапии
- выполняется после 5-го курса полихимиотерапии
- не выполняется
- выполняется после 4-го курса полихимиотерапии

Результаты инструментальных методов обследования

Предполагаемый основной диагноз у данного пациента может быть установлен, как

- мягкотканная саркома забрюшинного пространства

- объемное образование с билатеральным поражением надпочечников нейрогенной природы
- объемное образование печени с метастатическим поражением надпочечников
- лимфома

При билатеральном поражении надпочечников может развиваться

- печеночная недостаточность
- надпочечниковая недостаточность
- синдром Кушинга
- вторичный альдостеронизм

**Уровень кортизола у данного пациента составляет 6 мкг/дл (норма).
Дальнейшая тактика должна включать выполнение**

- печеночная недостаточность
- надпочечниковая недостаточность
- синдром Кушинга
- вторичный альдостеронизм

Хирургическое вмешательство - адреналэктомия с одной стороны, биопсия образования с контрлатеральной стороны, биопсия забрюшинных л/у

Гистологическое *заключение* (справа) – низкодифференцированная нейробластома с высоким МКИ. +

Гистологическое *заключение* (слева) – низкодифференцированная нейробластома с высоким МКИ. +

Метастатическое поражение лимфоузлов.

Для формирования полного диагноза показано проведение

- печеночная недостаточность
- надпочечниковая недостаточность
- синдром Кушинга
- вторичный альдостеронизм

Дополнительная информация

Ткань опухоли справа - методом FISH амплификации гена MYCN не обнаружено, делеции 1p не обнаружено, делеции 11q не обнаружено, триплоидный набор. +

Ткань опухоли слева - методом FISH обнаружен gain MYCN, делеции 1p не обнаружено, делеции 11q не обнаружено, диплоидный набор.

Окончательный диагноз может быть сформулирован, как

- печеночная недостаточность
- надпочечниковая недостаточность

- синдром Кушинга
- вторичный альдостеронизм

Диагноз

Дальнейшая тактика ведения пациента предусматривает проведение

- полихимиотерапии по протоколу NB-2004 для группы промежуточного риска
- адреналэктомии с контрлатеральной стороны
- полихимиотерапии по схеме N4
- наблюдения

Контрольные обследования во время проведения индукционной полихимиотерапии необходимо проводить после

- 6-го курса полихимиотерапии
- каждого курса полихимиотерапии
- каждого 3-го курса полихимиотерапии
- каждого 2-го, 4-го и 6-го курса индукционной полихимиотерапии

После завершения индукционной терапии пациентам группы промежуточного риска рекомендовано проведение

- дифференцированной терапии
- только лучевой терапии
- высокодозной химиотерапии
- 4 курсов химиотерапии по схеме N7

При адреналэктомии с обеих сторон развивается

- альдостеронизм
- синдром Кушинга
- надпочечниковая недостаточность
- гиперкортицизм

Лабораторным признаком надпочечниковой недостаточности является

- альдостеронизм
- синдром Кушинга
- надпочечниковая недостаточность
- гиперкортицизм

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, мальчик, 7 лет госпитализирован для проведения дополнительного обследования.

Жалобы

На изменения в анализах крови.

Анамнез заболевания

В возрасте 6-ти лет мать отметила появление бледности губ, множества "синяков" на нижних конечностях. В ОАК, выполненном по месту жительства: гемоглобин 61 г/л, тромбоциты 22×10^9 /л, лейкоциты $8,9 \times 10^9$ /л.

Ребенок госпитализирован для проведения дополнительного обследования и определения тактики ведения.

Анамнез жизни

Ребенок от 1-ой беременности, 1-ых родов. Течение беременности: без особенностей. Масса тела при рождении 4000 г, длина 53 см. Рос и развивался по возрасту. Профилактические прививки в соответствии с Национальным календарем. Перенесенные заболевания ветряная оспа, ОРВИ/ОРЗ, отит, ангина.

Объективный статус

Активных жалоб нет. Самочувствие страдает за счет интоксикационного синдрома. Сознание ясное. Неврологический статус: менингеальных знаков нет. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы: бледные, умеренной влажности. Геморрагический синдром представлен множественными экхимозами на нижних конечностях. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Тургор мягких тканей удовлетворительный. Волосы и ногти в норме. Видимых периферических отеков нет. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Язык обложен налетом. Сердечно-сосудистая система: область сердца не изменена. Тоны сердца ясные ритмичные. Шумы не выслушиваются. Органы дыхания: носовое дыхание свободное, в легких дыхание везикулярное, равномерно проводится по всем легочным полям. Хрипы не выслушиваются. Пищеварительная система: живот доступен глубокой пальпации, безболезненный. Селезенка: выступает на 1 см. Печень: пальпируется по краю реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся

- альдостеронизм
- синдром Кушинга

- надпочечниковая недостаточность
- гиперкортицизм

Результаты лабораторных методов обследования

Также пациенту необходимо провести

- альдостеронизм
- синдром Кушинга
- надпочечниковая недостаточность
- гиперкортицизм

Результаты обследования

К инструментальным методам обследования, необходимым данному пациенту перед началом лечения, относится

- альдостеронизм
- синдром Кушинга
- надпочечниковая недостаточность
- гиперкортицизм

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемый основной диагноз может быть сформулирован, как

- альдостеронизм
- синдром Кушинга
- надпочечниковая недостаточность
- гиперкортицизм

Диагноз

Диагноз острого лейкоза устанавливается при наличии в миелограмме более + _____ + % бластных клеток

- 5
- 10
- 50
- 25

Перед проведением диагностической костномозговой и люмбальной пункции данному пациенту необходимо проведение

- заместительной терапии компонентами крови: эритроцитной массой
- лейкофереза
- стимуляции гранулоцитопоеза
- заместительной терапии компонентами крови: тромбоконцентратом

Основным жизнеугрожающим осложнением, возникающим при инициальном гиперлейкоцитозе на курсе индукционной терапии, является

- гиперкалиемия
- инфекционное осложнение
- аллергическая реакция по типу крапивницы
- выраженный эметический синдром

На фоне специфической терапии острого лимфобластного лейкоза необходимо проведение

- профилактики развития пневмоцитной пневмонии
- противомикробной профилактики
- антибактериальной профилактики
- противовирусной профилактики

План лечения данного пациента должен включать проведение

- индукции ремиссии, консолидаций ремиссии, реиндукций
- аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
- индукции ремиссии, консолидаций ремиссии, реиндукций и поддерживающей терапии
- аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток

На фоне проведения консолидации ремиссии у ребенка в гемограмме отмечено снижение лейкоцитов до 1,2 тыс/мкл. Ваши действия будут предполагать

- снижение дозы метотрексата
- продолжение терапии в прежнем объеме
- проведение стимуляции гранулоцитопоеза
- снижение дозы 6-меркаптопурина

После завершения программной терапии при осмотре офтальмолога выявлена лейкоэмическая инфильтрация на сетчатке. Ваши действия предполагают

- завершение терапии
- установление рецидива основного заболевания

- повторный осмотр офтальмолога через 3 месяца
- проведение инстилляций препаратами искусственной слезы и 1% раствором дексаметазона

Рецидив, диагностированный через год от постановки диагноза, называют

- завершение терапии
- установление рецидива основного заболевания
- повторный осмотр офтальмолога через 3 месяца
- проведение инстилляций препаратами искусственной слезы и 1% раствором дексаметазона

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 5-ти лет госпитализирован для проведения дополнительного обследования.

Жалобы

На множественные экхимозы на поверхности тела.

Анамнез заболевания

Болен в течение 2-х месяцев, когда отмечался субфебрилитет в течение 5 дней, проводилась антибактериальная терапия (Флемоксин) без эффекта.

Госпитализирован в детскую больницу, где был установлен диагноз:

"инфекционный мононуклеоз", по данным гемограммы: гемоглобин 65 г/л, тромбоциты 66×10^9 /л. При осмотре: выраженный геморрагический синдром, пальпаторно печень {plus} 5 см, селезенка {plus} 2 см. Продолжена антибактериальная терапия (Цефепим), противовирусная (Ацикловир) в течение недели, вводился преднизолон 30 мг/сутки.

ОАК: гемоглобин 97 г/л; лейкоциты $8,3 \times 10^9$ /л (п/я-1%, с/я-3%, моноциты-16%, лимфоциты - 79%, бласты 1%); тромбоциты 64×10^9 /л, СОЭ – 45 мм/час. В биохимическом анализе крови: ЛДГ—381,6 Ед/л.

Ребенок госпитализирован для проведения дополнительного обследования и определения тактики ведения.

Анамнез жизни

Ребенок от 1-ой беременности, 1-х родов. Течение беременности: угроза прерывания на 6-7 нед. Роды: через естественные родовые пути, вес при рождении 2900 г., рост 49 см. Оценка по шкале Апгар 8/8 баллов. Естественное вскармливание до 2,5 мес. Профилактические прививки по календарю.

Перенесенные заболевания ОРВИ/ОРЗ, бронхит, синусит.

Объективный статус

Активных жалоб нет. Самочувствие страдает за счет интоксикационного синдрома. Сознание ясное. Неврологический статус: менингеальных знаков нет. Телосложение: нормостеническое. Кожные покровы: бледные, умеренной влажности. Геморрагический синдром представлен множественными экхимозами на нижних конечностях. Подкожно-жировой слой развит умеренно, распределен равномерно. Тургор тканей удовлетворительный. Волосы и ногти в норме. Видимых периферических отеков нет. Видимые слизистые оболочки бледно-розовые, чистые. Язык обложен налетом. Сердечно-сосудистая система. Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, ритмичные. Шума нет. Органы дыхания: носовое дыхание свободное, в легких дыхание везикулярное, равномерно проводится по всем легочным полям. Хрипы не выслушиваются. Пищеварительная система: живот доступен глубокой пальпации, безболезненный, селезенка выступает на 2 см, печень на 5 см ниже края реберной дуги. Физиологические отправления в норме.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся

- завершение терапии
- установление рецидива основного заболевания
- повторный осмотр офтальмолога через 3 месяца
- проведение инстилляций препаратами искусственной слезы и 1% раствором дексаметазона

Результаты лабораторных методов обследования

Также пациенту необходимо провести

- завершение терапии
- установление рецидива основного заболевания
- повторный осмотр офтальмолога через 3 месяца
- проведение инстилляций препаратами искусственной слезы и 1% раствором дексаметазона

Результаты обследования

К инструментальным методам обследования, необходимым данному пациенту перед началом лечения, относится

- завершение терапии
- установление рецидива основного заболевания
- повторный осмотр офтальмолога через 3 месяца

- проведение инстилляций препаратами искусственной слезы и 1% раствором дексаметазона

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемый основной диагноз может быть сформулирован, как

- завершение терапии
- установление рецидива основного заболевания
- повторный осмотр офтальмолога через 3 месяца
- проведение инстилляций препаратами искусственной слезы и 1% раствором дексаметазона

Диагноз

Диагноз острого лейкоза устанавливается при наличии в миелограмме более + _____ + % бластных клеток

- 50
- 25
- 5
- 10

Диагноз нейролейкоза устанавливается при

- инициальном гиперлейкоцитозе
- наличии бластных клеток в ликворе и/или наличии парезов черепно-мозговых нервов
- травматичной люмбальной пункции
- определении более 50% бластных клеток в миелограмме

Жизнеугрожающее состояние на фоне терапии ОЛЛ может возникнуть при концентрации калия + _____ + ммоль/л

- $\geq 4,7$
- ≥ 5
- $\geq 5,5$
- ≥ 6

Профилактика развития пневмоцистной пневмонии проводится препаратом

- цефтриаксон
- амоксициллин/клавулановая кислота
- триметоприм/сульфаметоксазол
- азитромицин

План лечения данного пациента должен включать проведение

- аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
- индукции ремиссии, консолидаций ремиссии, реиндукций и поддерживающей терапии
- индукции ремиссии, консолидаций ремиссии, реиндукций
- аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток

На фоне проведения консолидации ремиссии у ребенка в гемограмме отмечено повышение лейкоцитов до 4,2 тыс/мкл. Ваши действия будут предполагать

- снижение дозы 6-меркаптопурина
- продолжение терапии без коррекции
- снижение дозы метотрексата
- увеличение дозы 6-меркаптопурина

После завершения программной терапии при осмотре отмечено увеличение яичка в 4 раза. Дальнейшая тактика предусматривает

- окончание лечения
- повторный осмотр через 3 месяца
- хирургическое лечение гидроцеле
- проведение биопсии яичка

Рецидив, диагностированный через 14 месяцев от постановки диагноза, называют

- окончание лечения
- повторный осмотр через 3 месяца
- хирургическое лечение гидроцеле
- проведение биопсии яичка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент, мальчик, в возрасте 3 месяца госпитализирован для проведения дополнительного обследования.

Жалобы

На уплотнение на коже.

Анамнез заболевания

В возрасте одного месяца мать заметила появление быстро увеличивающегося

уплотнения кожи темно-синего цвета в левой околопупочной зоне размером 1×1,5 см.

{nbsp}

В динамике размер этого элемента увеличивался, появлялись также новые, более мелкие схожие очаги. По месту жительства была проведена биопсия и гистологическое исследование элемента: в тканях дермы и субэпидермально – выраженный атипичный рост опухоли мезенхимального происхождения с большим количеством митозов, инвазивной формой роста и обилием бластоподобных клеток. В течение периода обследования были отмечены эпизоды повышения температуры до фебрильных цифр, купированные приемом антипиретиков.

Ребенок госпитализирован для проведения дополнительного обследования и определения тактики ведения.

Анамнез жизни

Ребенок от 2-й беременности (1-я беременность мед.аборт), 1-х родов.

Беременность протекала без особенностей. Роды: через естественные родовые пути. Масса тела при рождении 3760 г. Рост 53 см. Оценка по шкале Апгар 9/10 баллов. Естественное вскармливание до момента поступления.

Профилактические прививки - БЦЖ и гепатит В, далее мед. отвод.

Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Объективный статус

Активных жалоб нет. Самочувствие не страдает. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. По всей поверхности тела множественные элементы папулезного характера размерами от 0,1 до 1 см, плотные при пальпации, безболезненные, сине-фиолетового цвета. Кожные покровы умеренно влажные, подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Видимых периферических отеков нет. Язык чистый, влажный. Слизистые оболочки ротовой полости розовые, влажные, чистые. Зев не гиперемирован. Периферические лимфатические узлы пальпируются по основным группам – без особенностей. Костно-мышечная система без особенностей. Носовое дыхание, свободное, аускультативно дыхание пуэрильное, проводится равномерно, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации. Печень {plus}3 см ниже края реберной дуги, селезенка {plus}2 см ниже края реберной дуги. Неврологический статус: очаговых и менингеальных симптомов нет. Стул ежедневный, диурез не учитывался.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся

- окончание лечения
- повторный осмотр через 3 месяца
- хирургическое лечение гидроцеле
- проведение биопсии яичка

Результаты лабораторных методов обследования

Из обследований пациенту также необходимо назначить

- окончание лечения
- повторный осмотр через 3 месяца
- хирургическое лечение гидроцеле
- проведение биопсии яичка

Результаты обследования

К необходимым инструментальным методам обследования также относится

- окончание лечения
- повторный осмотр через 3 месяца
- хирургическое лечение гидроцеле
- проведение биопсии яичка

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемый основной диагноз может быть сформулирован, как

- окончание лечения
- повторный осмотр через 3 месяца
- хирургическое лечение гидроцеле
- проведение биопсии яичка

Диагноз

Диагноз острого лейкоза устанавливается при наличии в миелограмме + ____ + % и более бластных клеток

- 10
- 5
- 50
- 20

Диагноз инициального нейрорлейкоза устанавливается при наличии

- любого количества бластов и/или симптомов поражения черепно-мозговых нервов
- бластных клеток в периферической крови
- опухолевого образования, в котором присутствуют миелоидные бласты с созреванием или без него, расположенного в любом органе или ткани вне костного мозга, печени, селезенки и лимфатических узлов
- более 2 клеток в 1 мкл цереброспинальной жидкости

Основным препаратом для лечения острого миелоидного лейкоза у данного пациента является

- б-меркаптопурин
- дексаметазон
- аспарагиназа
- цитарабин

При инициальном поражении ЦНС используют

- высокие дозы цитарабина внутривенно
- цитарабин с метотрексатом интратекально
- цитарабин интратекально
- метотрексат интратекально

В группу ОМЛ с генными мутациями включены

- ОМЛ с _BCR/ABL1_
- ОМЛ с реарранжировкой гена _KMT2A_
- ОМЛ с _CBFB-MYH11_
- ОМЛ с мутированным геном _NPM__1_, ОМЛ с биаллельной мутацией гена _CEBPA_, ОМЛ с мутированным геном _RUNX__1_

После 3-х интратекальных введений цитарабина у данного пациента не достигнута санация ликвора. Дальнейшей терапевтической опцией является

- продолжение программной терапии без изменений
- выполнение последующих интратекальных введений с помощью резервуара Оммайя
- проведение краниального облучения
- повторная оценка санации ликвора после 6-ти введений цитарабина

После завершения программной терапии (3 блока консолидирующей терапии) данному пациенту показано проведение

- консолидации ремиссии курсами FLA, iAE
- таргетной терапии руксолитинибом

- аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
- аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток

К благоприятным прогностическим признакам относится мутация

- консолидации ремиссии курсами FLA, iAE
- таргетной терапии руксолитинибом
- аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
- аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Пациент мальчик 9 лет госпитализирован для проведения дополнительного обследования.

Жалобы

На отечность и болезненность в области мошонки.

Анамнез заболевания

В возрасте 9-ти лет у мальчика отмечено появление отечности и болезненности в области мошонки. Ребенок осмотрен хирургом, установлен диагноз: Эпидидимит. Начата антибактериальная терапия амоксиклавом. Проведен контроль общего клинического анализа крови, по данным которого выявлены бластные клетки 13%.

Ребенок госпитализирован для проведения дополнительного обследования и определения тактики ведения.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов. Течение беременности с токсикозом 1 половины. Роды: срочные, через естественные родовые пути. Вес при рождении 3220 г. Рост 51 см. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов. Естественное вскармливание до 8 мес. Профилактические прививки в полном соответствии с Национальным календарем. Перенесенные заболевания: ОРВИ, ветряная оспа, инфекционный мононуклеоз.

Объективный статус

Активных жалоб нет. Самочувствие не страдает. Сознание ясное. Телосложение нормостеническое. По всей поверхности тела выраженная токсико-аллергическая сыпь. На лице, туловище и конечностях, сливного характера, не сопровождается зудом. Кожные покровы умеренно влажные, подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Видимых отеков нет. Мошонка несколько увеличена в объеме. Язык чистый, влажный.

Видимые слизистые оболочки розовые, влажные, чистые. Зев не гиперемирован. Миндалины не увеличены, не гиперемированы, чистые. Периферические лимфатические узлы пальпируются по основным группам – без особенностей. Костно-мышечная система без патологии. Носовое дыхание, свободное, аускультативно дыхание везикулярное, проводится равномерно во все отделы легких, хрипы не выслушиваются. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, доступен глубокой пальпации, безболезненный. Печень, селезенка не пальпируется. Неврологический статус: очаговых и менингеальных симптомов нет. Стул ежедневный, диурез не учитывается.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся

- консолидации ремиссии курсами FLA, iAE
- таргетной терапии руксолитинибом
- аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
- аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток

Результаты лабораторных методов обследования

Из обследований пациенту также необходимо назначить

- консолидации ремиссии курсами FLA, iAE
- таргетной терапии руксолитинибом
- аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
- аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток

Результаты обследования

К необходимым инструментальным методам обследования также относится

- консолидации ремиссии курсами FLA, iAE
- таргетной терапии руксолитинибом
- аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
- аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток

Результаты инструментального метода обследования

Предполагаемый основной диагноз может быть сформулирован, как

- консолидации ремиссии курсами FLA, iAE
- таргетной терапии руксолитинибом
- аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
- аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток

Диагноз

Диагноз острого лейкоза устанавливается при наличии в миелограмме + _____ + % и более бластных клеток

- 20
- 50
- 5
- 10

Диагноз инициального нейролейкоза устанавливается при наличии

- опухолевого образования, в котором присутствуют миелоидные бласты с созреванием или без него, расположенного в любом органе или ткани вне костного мозга, печени, селезенки и лимфатических узлов
- бластных клеток в периферической крови
- более 2 клеток в 1 мкл цереброспинальной жидкости
- любого количества бластов и/или симптомов поражения черепно-мозговых нервов

При инициальном поражении ЦНС используют

- высокие дозы цитарабина внутривенно
- метотрексат интратекально
- цитарабин с метотрексатом интратекально
- цитарабин интратекально

На фоне специфической терапии острого миелоидного лейкоза необходимо проведение + _____ + профилактики

- противовирусной
- антибактериальной
- противомикробной
- противогрибковой

После 3-х интратекальных введений цитарабина у пациента не достигнута санация ликвора. Дальнейшей терапевтической опцией является

- повторная оценка санации ликвора после 6-ти введений цитарабина
- выполнение последующих интратекальных введений с помощью резервуара Оммайя
- продолжение программной терапии без изменений
- проведение краниального облучения

На 7 сутки после проведения курса индукции ремиссии ADE-HAM у ребенка отмечено развитие фебрильной лихорадки до 39,0°C с потрясающим ознобом, десатурацией до 68% на фоне гипотензии до 64/33 мм рт. ст. Ваши действия должны заключаться в

- обеспечении пациента в дополнительной дотации кислорода, проведении болюса кристаллоидов с последующей оценкой артериального давления, назначении антибактериальной и антипиретической терапии, стимуляции диуреза
- обеспечении пациента в дополнительной дотации кислорода, обильном питье, назначении антибактериальной терапии, использовании физических методов охлаждения
- обеспечении пациента в дополнительной дотации кислорода, контроле КЩС, центрального венозного давления, назначении глюкокортикостероидов с последующей оценкой артериального давления
- обеспечении пациента в дополнительной дотации кислорода, контроле КЩС, ЦВД, рентгенографии легких, проведении болюса кристаллоидов с последующей оценкой артериального давления, назначении глюкокортикостероидов, антибактериальной и антипиретической терапии, посева гемограммы на стерильность из центрального венозного катетера

На фоне индукционной химиотерапии профилактика инвазивного микоза проводится

- вориконазолом
- каспофунгином
- позаконазолом
- флуконазолом

Выявленная при цитогенетическом исследовании у данного пациента транслокация t(8;21)

- вориконазолом
- каспофунгином
- позаконазолом
- флуконазолом

Условие ситуационной задачи

Ситуация

К гематологу на прием в консультативное отделение обратились родители мальчика 8 лет.

Жалобы

Жалобы на увеличение лимфатических узлов шеи.

Анамнез заболевания

Увеличение лимфатических узлов шеи заметили 2 недели назад на фоне удовлетворительного состояния ребенка, обратились к участковому педиатру – в течение недели проводилась антибактериальная терапия (Флемоксин Солютаб) - без эффекта.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 2 самостоятельных родов в срок. Закричал сразу, к груди приложен сразу. БЦЖ проведено в роддоме. Профилактические прививки: по календарю. Перенесенные заболевания: ОРВИ, отит. Травм нет.

Объективный статус

Состояние стабильное. Температура тела 36,6°C. Самочувствие значимо не страдает. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые оболочки бледно-розовые, чистые от сыпи, умеренной влажности. Отмечается увеличение правой небной миндалины, с желтыми наложениями. Значительно увеличены шейные лимфоузлы - справа до конгломерата 7x5 см, плотно-эластичного, малоподвижного, безболезненного, слева до 1,5 см; остальные группы лимфоузлов мелкие, безболезненны при пальпации. Тоны сердца громкие, ритмичные, АД 105/60 мм рт. ст., ЧСС 76/мин. Носовое дыхание несколько затруднено, в легких дыхание аускультативно везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, не вздут, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Селезёнка не увеличена. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Очаговой, менингеальной неврологической симптоматики нет.

Проведенное гематологом обследование

Общий клинический анализ крови:

|====

^| Показатель | Результат | Единицы измерения | Норма

| лейкоциты | 7,55 | $\times 10^9/\text{л}$ | 6.06-9.85

| гемоглобин | 118 | г/л | 115-145

| тромбоциты | 241 | $\times 10^9/\text{л}$ | 204-350

| абсолютное количество нейтрофилов | 4,23 | $\times 10^9/\text{л}$ | 2.27-5.66

|====

{nbsp}

Биохимический анализ крови:

|====

^| Показатель | Результат | Единицы измерения | Норма

| Аланинаминотрансфераза | 6 | Ед/л | 0-29

| Альбумин | 38.6 | г/л | 38-54

| Альфа-амилаза, общая | 78 | Ед/л | 28-100

| Панкреатическая амилаза | 25.2 | Ед/л | 0-31

| Аспартатаминотрансфераза | 23 | Ед/л | 0-48

| Общий белок | 60 | г/л | 60-80

| Билирубин общий | 7.5 | мкмоль/л | 0-17

| Билирубин прямой | 3 | мкмоль/л | 0-3.4

| Гамма-глутамилтрансфераза | 35 | Ед/л | 0-26

| Глюкоза | 4.41 | ммоль/л | 3.33-5.55

| Калий | 4.8 | ммоль/л | 3.5-5.1

| Кальций ионизированный | 1.17 | ммоль/л | 1.15-1.27

| Креатинин | 40.8 | мкмоль/л | 0-42

| Лактатдегидрогеназа | 255 | Ед/л | 0-314

| Мочевина | 3.8 | ммоль/л | 2.5-6

| Натрий | 140 | ммоль/л | 136-145

| С-реактивный белок | 6 | мг/л | 0-5

|====

{nbsp}

УЗИ лимфатических узлов шеи: определяются множественные увеличенные л/у; переднешейные л/у слева размерами до 19x5мм, средней эхогенности, овальной формы, кровоток в отдельных узлах усилен, структура несколько сглажена; справа определяются множественные переднешейные л/у размерами от 9x7мм до конгломерата размером 56x28x35мм, л/у неправильной округлой, овальной формы, средней эхогенности, с нарушенной дифференцировкой, различной степени усиленным кровотоком, идущие по ходу сосудов шеи (компримирующие правую ВЯВ с сохранением кровотока). МСКТ мягких тканей шеи и грудной клетки с контрастом: в области шеи визуализируются многочисленные увеличенные лимфатические узлы, местами сливающиеся в конгломераты, максимальными размерами: нижние околояремный конгломерат справа 17x12x19 мм; верхние околояремные справа - до 15 мм; верхние околояремные слева - до 16 мм; поднижнечелюстные - до 11 мм; в надключичной области слева - до 11 мм. Визуализируются мягкотканые образования в окологлоточном пространстве справа (в области небных миндалин) размерами 21x20x24 мм, слева 16x18x28 мм; умеренно деформирован. УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: без значимых отклонений.

Учитывая жалобы, данные анамнеза, физикального осмотра, лабораторных и инструментальных методов исследования, тактика дальнейшего ведения должна включать

- вориконазолом
- каспофунгином
- позаконазолом
- флуконазолом

Результаты лабораторного и инструментального метода обследования

Описанная гистологическая картина соответствует

- В-лимфобластной лимфоме
- лимфоме Беркитта
- Т-лимфобластной лимфоме
- лимфоме Ходжкина

Для уточнения распространенности процесса необходимо провести

- В-лимфобластной лимфоме
- лимфоме Беркитта
- Т-лимфобластной лимфоме
- лимфоме Ходжкина

Результаты обследования

На основании проведенного обследования может быть установлена + _____ + стадия заболевания

- вторая
- четвертая
- третья
- первая

На основании данных проведенного обследования может быть установлен диагноз

- вторая
- четвертая
- третья
- первая

Диагноз

Тактика терапии данного пациента заключается в

- хирургическом удалении всех патологических очагов
- использовании длительной полихимиотерапии с применением препаратов платины и алкилсульфонатов
- использовании длительной ОЛЛ-ориентированной полихимиотерапии
- проведении лучевой терапии в СОД 54 Гр

После I фазы протокола I индукционной терапии по данным МСКТ мягких тканей шеи и грудной клетки отмечается нивелирование увеличенных лимфатических узлов шеи, подмышечных областей, очаговых и инфильтративных изменений в легких не выявлено. В данном случае имеет место

- полная ремиссия
- очень хороший частичный ответ
- стабилизация заболевания
- частичный ответ

Дальнейшая тактика терапии заключается в

- полная ремиссия
- очень хороший частичный ответ
- стабилизация заболевания
- частичный ответ

Дополнительная информация

Через полгода поддерживающей терапии мама заметила «шишку» в надключичной области слева. Обратились к гематологу.

Состояние при осмотре: удовлетворительное. Температура тела 36,5С. Сознание ясное. Кожные покровы и слизистые оболочки бледно-розовые, чистые от сыпи, умеренной влажности. Надключичный л/у слева увеличен до 2 см, при пальпации безболезненный, плотно-эластичый, малоподвижный; остальные группы л/у мелкие, безболезненны при пальпации. Тоны сердца громкие, ритмичные, АД 110/65 мм рт.ст., ЧСС 86/мин. Катаральных явлений нет, в легких дыхание аускультативно везикулярное, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Живот мягкий, не вздут, доступен пальпации во всех отделах, безболезненный. Селезёнка не увеличена. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Очаговой, менингеальной неврологической симптоматики нет.

Общий клинический анализ крови:

|====

^ Показатель	Результат	Единицы измерения	Норма
лейкоциты	13,56	$\times 10^9$ /л	6.06-9.85
гемоглобин	89	г/л	115-145
тромбоциты	120	$\times 10^9$ /л	204-350
абсолютное количество нейтрофилов	4,23	$\times 10^9$ /л	2.27-5.66

|====

{nbsp}

Биохимический анализ крови:

|====

^ Показатель	Результат	Единицы измерения	Норма
Аланинаминотрансфераза	9	Ед/л	0-29
Альбумин	40	г/л	38-54
Аспартатаминотрансфераза	23	Ед/л	0-48
Общий белок	60	г/л	60-80
Билирубин общий	7.5	мкмоль/л	0-17
Билирубин прямой	3	мкмоль/л	0-3.4
Глюкоза	4.68	ммоль/л	3.33-5.55
Калий	3.8	ммоль/л	3.5-5.1
Креатинин	40	мкмоль/л	0-42
Лактатдегидрогеназа	255	Ед/л	0-314
Мочевина	3.8	ммоль/л	2.5-6
Натрий	140	ммоль/л	136-145
С-реактивный белок	12	мг/л	0-5

|====

Дальнейшая тактика должна включать проведение

- полная ремиссия
- очень хороший частичный ответ
- стабилизация заболевания
- частичный ответ

Результаты обследования

Данной клинико-рентгенологической картине соответствует

- шейный лимфаденит
- рецидив лимфомы
- пневмония
- инфекционный мононуклеоз

К обязательным методам исследования в данном случае относятся

- шейный лимфаденит
- рецидив лимфомы
- пневмония
- инфекционный мононуклеоз

Результаты обследования

Частота встречаемости лимфобластной лимфомы среди неходжкинских лимфом у детей соответствует + _____ + %

- шейный лимфаденит
- рецидив лимфомы
- пневмония
- инфекционный мононуклеоз

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В отделение онкогематологии госпитализирована девочка 10 лет.

Жалобы

На заложенность носа, исчезновение голоса, поперхивание при приеме пищи, похудение на 10 кг за 2 месяца, боли в животе.

Анамнез заболевания

2 месяца назад появились боли в животе, усиливающиеся при мочеиспускании, девочкой самостоятельно обнаружено образование в животе. Ребенок консультирован гинекологом, хирургом, по данным УЗИ органов малого таза выявлено образование левого яичника. Была выполнена лапаротомия, удаление объемного образования (гистологическое заключение - текома с признаком малигнизации). В то же время появились жалобы на боли в ушах, в связи с чем консультирована оториноларингологом – с диагнозом острый экссудативный средний отит справа, получала антибактериальную и симптоматическую терапию без эффекта - появились жалобы на поперхивание, головную боль, заложенность носа, фебрильную лихорадку. По данным КТ головы выявлена опухолевидная лимфоидная ткань носоглотки, глотки, основания черепа, полипозный синусит. По результатам пересмотра гистопрепаратов в федеральном центре верифицирована лимфома Беркитта.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 2 самостоятельных родов в срок. Длина 52 см, масса тела 3300г. Оценка по шкале Апгар 8/9 баллов.

Профилактические прививки выполнены в полном объеме в соответствии с Национальным календарем. Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Объективный статус

Самочувствие страдает за счет перечисленных жалоб. Температура тела $36,8^{\circ}\text{C}$. Сознание ясное. Положение активное. Кожные покровы бледные, сухие. Единичные папулы с геморрагическими корками на местах укуса комаров. Подкожно-жировой слой развит слабо, распределен равномерно. Видимых отеков нет. Дистрофия ногтей. Слизистые ротовой полости розовые, влажные, чистые. Язык чистый. Задняя стенка глотки застойно гиперемирована с усиленным сосудистым рисунком, выбухает в просвет ротоглотки, несколько суживая ее в передне заднем направлении. Мягкое небо симметрично, небные миндалины 1 ст гипертрофии, создается впечатление, что ротоглотка несколько сужена и за счет их смещения к средней линии (симметрично), однако просвет ротоглотки остается достаточно широким и свободным для дыхания. При гипотарингоскопии - просвет гортаноглотки свободный, широкий. Миндалины без наложений

Лимфатические узлы: конгломераты лимфатических узлов на шее с двух сторон, плотно-эластичные, несмещаемые, безболезненные; п/нижнечелюстные до 1,5 см плотно-эластичные, малоподвижные, безболезненные. Единичные мелкие кубитальные и паховые. В других группах не пальпируются. Дыхание через нос затруднено, отделяемое из носовых ходов отсутствует. ЧДД до 24 в мин. $\text{SpO}_2 \sim 97\%$. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы равномерно, хрипы не выслушиваются. Кашель отсутствует. Область сердца визуальна не изменена. Тоны сердца звучные, ритмичные. АД 106/60 мм рт. ст., ЧСС 130/мин. Патологические шумы не выслушиваются. Живот правильной формы, мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Стул раз в три дня, оформленный, без примесей. Диурез не учитывается. Видимых отеков нет. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное.

Менингеальной и очаговой мозговой симптоматики при осмотре не выявлено. Дисфония.

К необходимым методам обследования, которые необходимо выполнить ребенку на диагностическом этапе, относятся

- шейный лимфаденит
- рецидив лимфомы
- пневмония
- инфекционный мононуклеоз

Результаты обследования

На основании проведенного обследования может быть установлен диагноз

- шейный лимфаденит
- рецидив лимфомы
- пневмония
- инфекционный мононуклеоз

Диагноз

**Согласно протоколу VFM-90 ребенок стратифицируется в + _____ +
группу риска**

- третью
- вторую
- первую
- четвертую

План лечения должен включать

- хирургическое удаление очагов с последующей лучевой терапией в СОД 36 Грей
- лучевую терапию в СОД 36 Грей
- лучевую терапию в СОД 54 Грей
- риск-адаптированную химио-иммунотерапию

В первые дни специфической терапии наиболее вероятно развитие

- нейропатии
- острого панкреатита
- септического шока
- синдрома острого опухолевого лизиса

К изменениям в лабораторных показателях при данном осложнении относится

- гипербилирубинемия, гипоальбуминемия, амилаземия
- гипохолестеринемия, гипотриглицеридемия, гипогликемия
- гипоурикемия, гиперкальциемия, гипофосфатемия, гипербилирубинемия
- гиперкалиемия, гиперфосфатемия, гиперурикемия, гипокальциемия

Терапевтической опцией, направленной на профилактику и лечение синдрома опухолевого лизиса, является

- назначение антибиотиков широкого спектра действия
- гемодиализ

- назначение глюкокортикостероидов
- гиперинфузия щелочными растворами в сочетании с аллопуринолом, расбуриказой

После 2 блоков полихимиотерапии в рамках протокола лечения неходжкинских В-клеточных лимфом (В-NHL-2010Mab) у ребенка по результатам обследования нет данных за остаточное образование. Дальнейшая тактика ведения заключается в

- завершении терапии
- двух блоках химиотерапии с последующей ауто-ТГСК
- четырех блоках химиотерапии с последующей ауто-ТГСК
- четырех блоках химиотерапии

В состав терапии лимфомы Беркитта входит моноклональное антитело, так как на поверхности опухолевых клеток присутствует большое количество рецепторов

- CD22{plus}, применение анти-CD22 (ритуксимаб) моноклонального антитела позволяет удалить максимальное количество опухолевых клеток
- CD20{plus}, применение анти-CD20 (ритуксимаб) моноклонального антитела позволяет удалить максимальное количество опухолевых клеток
- CD19{plus}, применение анти-CD19 (ритуксимаб) моноклонального антитела позволяет удалить максимальное количество опухолевых клеток
- CD38{plus}, применение анти-CD38 (ритуксимаб) моноклонального антитела позволяет удалить максимальное количество опухолевых клеток

Понятию прогрессии лимфомы соответствует

- увеличение более чем на 10% любого из очагов поражения
- отсутствие изменения размеров очагов поражения на фоне специфической терапии
- увеличение более чем на 25% любого из очагов поражения
- появление новых очагов после достижения полной ремиссии

К критериям полной ремиссии при лимфоме Беркитта относится отсутствие

- данных за остаточную опухоль даже при наличии L3 бластов в ликворе
- остаточной опухоли, L3 бласты в костном мозге и L3 бласты в ликворе
- данных за увеличение образования в размерах
- опухолевых клеток в первичных очагах поражения, возможно наличие единичных бластных клеток с морфологией L3 в ликворе или костном мозге

К принципам лечения лимфомы Беркитта относится

- данных за остаточную опухоль даже при наличии L3 бластов в ликворе
- остаточной опухоли, L3 бласты в костном мозге и L3 бласты в ликворе
- данных за увеличение образования в размерах
- опухолевых клеток в первичных очагах поражения, возможно наличие единичных бластных клеток с морфологией L3 в ликворе или костном мозге

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мальчик 6 лет госпитализируется в отделение гематологии.

Жалобы

На увеличение лимфатических узлов.

Анамнез заболевания

Два месяца назад у пациента появились увеличенные лимфатические узлы. Получал амоксициллин 14 дней в адекватной дозе без эффекта. Через 10 дней у пациента появилась фебрильная лихорадка. Пациенту был назначен цефиксим в адекватной дозе, через 7 дней, в связи с неэффективностью, пациенту добавлен азитромицин в адекватной дозе. Пациент был консультирован гематологом в поликлинике, рекомендована госпитализация в отделение гематологии.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, 2 родов. Течение беременности: токсикоз в 1-2 триместр. На 5-6 неделе угроза прерывания беременности. Роды через естественные пути. Вес при рождении 3950 г. Рост 52 см. Естественное вскармливание до 4-х мес. Рос и развивался по возрасту. Профилактические прививки по календарю. Перенесенные заболевания ОРВИ, ОРЗ, частые ангины, отит.

Объективный статус

Рост 120,5 см, масса тела 28,5 кг, ЧД 20 в мин, ЧСС 91 ударов в мин. АД 95/61 мм рт. ст.

Самочувствие хорошее. Кожные покровы бледно-розовые, чистые.

Пальпируются подчелюстные лимфоузлы с двух сторон до 3х2,5 см. Плотные, смещаемые, безболезненные. Лимфатические узлы других групп не увеличены.

Дыхание в легких пуэрильное, проводится во все отделы, хрипов нет.

Сердечные тоны звучные, ритмичные. Гемодинамика стабильная. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не пальпируются.

Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул оформленный, регулярный. Очаговой неврологической и менингеальной симптоматики при осмотре не выявлено.

К необходимым исследованиям на первом этапе для определения дальнейшей тактики относятся

- данных за остаточную опухоль даже при наличии L3 бластов в ликворе
- остаточной опухоли, L3 бласты в костном мозге и L3 бласты в ликворе
- данных за увеличение образования в размерах
- опухолевых клеток в первичных очагах поражения, возможно наличие единичных бластных клеток с морфологией L3 в ликворе или костном мозге

Результаты обследования

К необходимым исследованиям для верификации диагноза относятся

- данных за остаточную опухоль даже при наличии L3 бластов в ликворе
- остаточной опухоли, L3 бласты в костном мозге и L3 бласты в ликворе
- данных за увеличение образования в размерах
- опухолевых клеток в первичных очагах поражения, возможно наличие единичных бластных клеток с морфологией L3 в ликворе или костном мозге

Результаты обследования

На основании проведенного обследования может быть установлен диагноз

- данных за остаточную опухоль даже при наличии L3 бластов в ликворе
- остаточной опухоли, L3 бласты в костном мозге и L3 бласты в ликворе
- данных за увеличение образования в размерах
- опухолевых клеток в первичных очагах поражения, возможно наличие единичных бластных клеток с морфологией L3 в ликворе или костном мозге

Диагноз

Данному пациенту необходимо назначить

- 3 курса ДНАР с последующей лучевой терапией 20 Гр
- комбинированную химио-лучевую терапию согласно протоколам группы ГРОН, EuroNet или BEACOPP
- комбинированную химио-лучевую терапию согласно протоколам группы ГРОН, EuroNet с 4 введениями ниволумаба

- лучевую терапию на область пораженных регионов в СОД 50 Гр

К критериям Международного прогностического индекса (IPI) для лимфомы Ходжкина не относится

- лейкоцитоз более или равный $15000/\text{мм}^3$
- мужской пол
- возраст >32 лет
- альбумин <40 г/л

Опухолевым субстратом классической лимфомы Ходжкина являются

- клетки Ходжкина
- L&H клетки
- клетки Лангерганса
- сидерофаги

У пациента с лимфомой Ходжкина с центральным венозным катетером типа Port-a-Cath после окончания специфической терапии на скрининговом ультразвуковом исследовании был выявлен венозный тромбоз дистальнее конца ЦВК. Тактика терапии должна заключаться в

- назначении низкомолекулярного гепарина в терапевтической дозе, контроле УЗИ еженедельно, при полной реканализации удалении ЦВК, прекращении терапии низкомолекулярным гепарином
- назначении низкомолекулярного гепарина в терапевтической дозе, удалении ЦВК через 3-5 дней, продолжении терапии низкомолекулярным гепарином до 3-х месяцев
- назначении варфарина в терапевтической дозе, удалении ЦВК через 3-5 дней, продолжении терапии варфарином до 3-х месяцев
- назначении низкомолекулярного гепарина в терапевтической дозе, контроле УЗИ еженедельно, при полной реканализации удалении ЦВК, продолжении терапии низкомолекулярным гепарином до 3-х месяцев

У пациента с лимфомой Ходжкина на 10 сутки курса химиотерапии ОЕРА на фоне лихорадки из крови высеив *Candida glabrata*. Противогрибковая профилактика не проводилась. Пациенту удален ЦВК. Для противогрибковой терапии необходимо выбрать

- флуконазол
- вориконазол
- эхинокандины
- амфотерицин В

При лечении детей с лимфомой Ходжкина не используют

- винкристин
- преднизолон
- высокие дозы метотрексата
- этопозид

Препаратом, используемым при лечении лимфомы Ходжкина у детей, ограничивающимся максимальной разовой дозой 2 мг, является

- винкристин
- доксорубицин
- дакарбазин
- этопозид

Инtrateкальная терапия пациентам с лимфомой Ходжкина

- показана
- показана только при ЦНС-поражении
- показана только при солидном поражении ЦНС
- не показана

Ранним рецидивом лимфомы Ходжкина называется рецидив

- показана
- показана только при ЦНС-поражении
- показана только при солидном поражении ЦНС
- не показана

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В детскую областную больницу госпитализирован мальчик 12 лет.

Жалобы

Жалобы на навязчивый сухой кашель, затрудненное дыхание, фебрильную лихорадку.

Анамнез заболевания

Два месяца назад в связи с нарастающей одышкой обследован, по данным рентгенографии выявлен плеврит слева. Был консультирован фтизиатром, онкологом – специфической патологии не выявлено, проводились неоднократные плевральные пункции с эвакуацией плеврального выпота (анализ не проводился), антибактериальная терапия – без эффекта,

присоединилась фебрильная лихорадка. В связи с подозрением на лимфопролиферативное заболевание госпитализирован для обследования и верификации диагноза.

Анамнез жизни

Ребенок от 2 беременности, протекавшей без особенностей, 2 самостоятельных родов в срок. Вес 3300г, рост 53 см. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Профилактические прививки по календарю. Перенесенные заболевания: ОРВИ. Травм нет. Сибс, сестра 16 лет, здорова.

Объективный статус

Состояние ребенка тяжелое за счет симптомов специфической интоксикации, дыхательной недостаточности. Положение ребенка вынужденное – сидя, в положении лежа резкое затруднение дыхания. Кожные покровы смуглые, чистые от сыпи, суховаты. Подкожно-жировой слой развит избыточно. Слизистые полости рта розовые, чистые. Аускультативно в легких дыхание везикулярное, резко ослаблено слева в нижних отделах. ЧДД 30/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. АД 130/85 мм рт. ст., ЧСС 120/мин. SatO₂ ~ 92%. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светло-желтая, прозрачная.

К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относятся

- показана
- показана только при ЦНС-поражении
- показана только при солидном поражении ЦНС
- не показана

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относятся

- показана
- показана только при ЦНС-поражении
- показана только при солидном поражении ЦНС
- не показана

Результаты инструментальных методов обследования

На основании проведенного обследования может быть установлен диагноз

- показана
- показана только при ЦНС-поражении
- показана только при солидном поражении ЦНС
- не показана

Диагноз

План лечения пациента должен включать

- риск-адаптированную длительную полихимиотерапию
- хирургическое удаление всех очагов с последующей лучевой терапией на область пораженных регионов в СОД 36 Гр
- хирургическое удаление всех очагов с последующей химиотерапией винбластином в течение 1 года
- лучевую терапию на область пораженных регионов в СОД 36 Гр

На 33 день протокола I по результатам контрольного обследования данных за остаточное образование нет, костный мозг и ЦНС не поражены. В данном случае имеет место

- стабилизация заболевания
- полная ремиссия
- прогрессия заболевания
- частичный ответ

Дальнейшая тактика терапии должна состоять в

- завершении специфической терапии
- продолжении лечения согласно протоколу без изменения интенсивности терапии
- переводе пациента в группу высокого риска с интенсификацией терапии
- поддерживающей терапии низкими дозами метотрексата и 6-меркаптопурина

Пациент может быть стратифицирован в группу + _____ + риска

- очень высокого
- стандартного
- высокого
- среднего

По завершении индукции (33 день протокола I) опухоль осталась прежних размеров. Дальнейшая тактика терапии должна заключаться в

- интенсификации терапии с переводом пациента в группу высокого риска

- проведении симптоматической терапии в связи с признанием пациента некурабельным
- лучевой терапии на пораженную область в СОД 36 Гр
- продолжении терапии без интенсификации с проведением контрольного обследования по окончании 2 фазы протокола I

В стадировании неходжкинских лимфом используются классификации

- Ann-Arbor и S.Murphy
- St.Jude и S.Murphy
- TNM и St.Jude
- Ann-Arbor и St.Jude

К лабораторным признакам синдрома опухолевого лизиса относится

- гипофосфатемия, уремия, гиперкалиемия
- гиперкальциемия, гиперфосфатемия, уремия
- гипокалиемия, уремия, гиперфосфатемия
- уремия, гиперфосфатемия, гиперкалиемия

Пик заболеваемости неходжкинскими лимфомами приходится на возраст

- 1-3 года
- 5-10 лет
- первый год жизни
- 12-18 лет

В данном случае стадия заболевания

- 1-3 года
- 5-10 лет
- первый год жизни
- 12-18 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В детскую областную больницу госпитализирован ребенок 8 лет.

Жалобы

Жалобы на отечность лица и шеи, затруднение дыхания.

Анамнез заболевания

Месяц назад появился кашель, в связи с чем получал симптоматическое

лечение ОРВИ – без значимого результата, неделю назад появилась лихорадка до фебрильных цифр – проводилась антибактериальная терапия флемоклавом, на фоне чего появились и стали нарастать отечность лица и шеи, затруднение дыхания. С направительным диагнозом отек Квинке ребенок госпитализирован в стационар.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, протекавшей без особенностей, 1 самостоятельных родов в срок. Рост 53см, вес 3300г. Оценка по шкале Апгар 7/8 баллов. Профилактические прививки по календарю. Перенесенные заболевания: ОРВИ.

Объективный статус

Состояние средней тяжести. Температура тела 37,2⁰С. Самочувствие умеренно страдает за счет жалоб. Пальпируются лимфатические узлы подчелюстные, переднешейные, заднешейные, подмышечные, паховые, не спаянные друг с другом, безболезненные до 1 см. Сознание ясное. Очаговой, менингеальной неврологической симптоматики нет. Кожные покровы бледно-розовые, сухие на ощупь, чистые от сыпи. Геморрагический синдром не выражен. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно, небольшая пастозность мягких тканей лица, периорбитальные отеки. Подкожная венозная сеть на передней поверхности грудной клетки контурирует. Небольшая сглаженность контуров яремной вырезки. Слизистые оболочки ротовой полости розовые, влажные. Область сердца не изменена. Тоны сердца ясные, ритм правильный, гемодинамика стабильная. АД 102/64 мм рт. ст., ЧСС 84 уд/мин. Носовое дыхание свободно, отделяемого нет. Одышка до 26 ДД/мин. Аускультативно, дыхание с жестким оттенком, множественные грубые проводные хрипы. Кашель частый, малопродуктивный, мокрота вязкая. Тошноты, рвоты нет. Живот не вздут, при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перистальтика активная. Селезёнка не пальпируется. Печень у края реберной дуги. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное, дизурических явлений нет.

Проведенное обследование

Общий клинический анализ крови:

|====

^| Показатель | Результат | Единицы измерения | Норма

| лейкоциты | 6,92 | $\times 10^9$ /л | 6.06-9.85

| гемоглобин | 128 | г/л | 115-145

| тромбоциты | 310 | $\times 10^9$ /л | 204-350

| абсолютное количество нейтрофилов | 2,39 | $\times 10^9$ /л | 2.27-5.66

|====

{nbsp}

Биохимический анализ крови:

|====

^| Показатель | Результат | Единицы измерения | Норма

| Аланинаминотрансфераза | 6 | Ед/л | 0-29

| Альбумин | 38.6 | г/л | 38-54

| Альфа-амилаза, общая | 78 | Ед/л | 28-100

| Панкреатическая амилаза | 25.2 | Ед/л | 0-31

| Аспартатаминотрансфераза | 23 | Ед/л | 0-48

| Общий белок | 60 | г/л | 60-80

| Билирубин общий | 7.5 | мкмоль/л | 0-17

| Билирубин прямой | 3 | мкмоль/л | 0-3.4

| Гамма-глутамилтрансфераза | 35 | Ед/л | 0-26

| Глюкоза | 4.41 | ммоль/л | 3.33-5.55

| Калий | 4.8 | ммоль/л | 3.5-5.1

| Кальций ионизированный | 1.17 | ммоль/л | 1.15-1.27

| Креатинин | 40.8 | мкмоль/л | 0-42

| Лактатдегидрогеназа | 542 | Ед/л | 0-314

| Мочевина | 3.8 | ммоль/л | 2.5-6

| Натрий | 140 | ммоль/л | 136-145

| С-реактивный белок | 23 | мг/л | 0-5

|====

{nbsp}

Рентгенография грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено, определяется значительное расширение тени средостения, что может соответствовать опухоли тимуса или лимфопролиферативным процессам с поражением вилочковой железы.

Тактика дальнейшего ведения пациента должна включать

- дообследование и лечение в отделении/палате интенсивной терапии
- дообследование и терапию в палате педиатрического профиля
- антибактериальную терапию в течение 7-10 дней с последующим контролем рентгенографии грудной клетки
- динамическое наблюдение

К инструментальным методам обследованиям в условиях стационара относятся

- дообследование и лечение в отделении/палате интенсивной терапии
- дообследование и терапию в палате педиатрического профиля

- антибактериальную терапию в течение 7-10 дней с последующим контролем рентгенографии грудной клетки
- динамическое наблюдение

Результаты обследования

На основании проведенного обследования может быть установлен диагноз

- дообследование и лечение в отделении/палате интенсивной терапии
- дообследование и терапию в палате педиатрического профиля
- антибактериальную терапию в течение 7-10 дней с последующим контролем рентгенографии грудной клетки
- динамическое наблюдение

Диагноз

Заболевание пациента осложнилось развитием

- двусторонней пневмонии
- синдрома верхней полой вены
- плеврального выпота
- компрессии спинного мозга

Лечение пациента на данном этапе должно заключаться в

- хирургическом удалении образования
- терапии винорельбином и 6-меркаптопурином в течение 1 года
- лучевой терапии на пораженную область в суммарную очаговую дозу (СОД) 36 Грей
- риск-адаптированной полихимиотерапии

В фазу индукционной терапии лимфобластных лимфом используют препараты

- винкристин системно, преднизолон эндолюмбально
- преднизолон, винкристин, антрациклины, L-аспарагиназа - системно
- карбоплатин, преднизолон, винкристин системно
- винкристин, L-аспарагиназа, дексаметазон

Профилактика поражения центральной нервной системы (ЦНС) у данного пациента

- не показана
- включает эндолюмбальные введения цитостатиков
- включает краниальное облучение 30-36 Гр

- включает эндолюмбальные введения цитостатиков с увеличением их количества в связи с инициальным поражением ЦНС

На 33 день индукционной терапии по данным МСКТ грудной клетки с контрастом отсутствуют доказательства наличия остаточного образования; в костном мозге бластные клетки менее 5% при восстановлении показателей нормального кроветворения, а при исследовании ликвора отсутствуют лимфобласты. В данном случае можно констатировать

- прогрессию заболевания
- частичную ремиссию
- полную ремиссию
- стабилизацию заболевания

Дальнейшая тактика ведения пациента заключается в

- проведении поддерживающей терапии низкими дозами метотрексата
- завершении специфической терапии
- продолжении лечения согласно протоколу без изменения интенсивности терапии
- продолжении лечения согласно протоколу с добавлением в терапию ритуксимаба

Частота встречаемости лимфобластных лимфом среди всех неходжкинских лимфом у детей до 18 лет составляет + _____ + %

- 3-5
- 50-70
- 90-95
- 20-25

В понятие В-симптомы входят

- боли в костях, лихорадка
- быстрая утомляемость, боли, органомегалия
- проливные ночные поты, снижение массы тела больше 10% за шесть месяцев, лихорадка выше 38°C
- дыхательная недостаточность, потливость, лихорадка

Профилактика поражения центральной нервной системы при неходжкинских лимфомах включает

- боли в костях, лихорадка
- быстрая утомляемость, боли, органомегалия

- проливные ночные поты, снижение массы тела больше 10% за шесть месяцев, лихорадка выше 38⁰С
- дыхательная недостаточность, потливость, лихорадка

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Девушка 16 лет госпитализируется в отделении онкогематологии.

Жалобы

На образование на шее справа, выраженную потливость по ночам, быструю утомляемость.

Анамнез заболевания

Больна в течение 2-х месяцев, когда появились жалобы на увеличение лимфатических узлов в надключичной области. Обратились в поликлинику по месту жительства, где заподозрили лимфопролиферативное заболевание. Пациентка была направлена в отделение онкогематологии.

Анамнез жизни

Ребенок от 1 беременности, 1 родов. Беременность протекала на фоне токсикоза, токсоплазмоза, кандидоза, анемии. Роды через естественные родовые пути, в срок. Вес при рождении 4600 г. Рост 56 см. Закричала сразу. К груди приложена сразу. БЦЖ проведено в роддоме. Выписка из родильного дома, в средние сроки. Естественное вскармливание до 2 лет. Профилактические прививки по календарю. Перенесенные заболевания: ОРВИ, скарлатина.

Объективный статус

Рост 164 см, вес 39,4 кг. Температура тела 36,4⁰С, ЧД 19 в мин, ЧСС 100 уд/мин. АД 108/74 мм рт. ст.

Самочувствие страдает за счет слабости. Телосложение астеническое. Кожа бледная, умеренно влажная, сыпи нет. Слизистые ротовой полости розовые, влажные. Миндалины не увеличены, рыхлые.

Пальпируется конгломерат надключичных лимфоузлов справа 5х3 см, безболезненный. Подчелюстные лимфоузлы с двух сторон до 3-х см.

Подмышечные лимфоузлы с 2-х сторон до 1,5 см, безболезненные. Паховые лимфоузлы 0,5-1 см, безболезненные.

Дыхание через нос свободное. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет.

Сердечные тоны звучные, ритмичные. Гемодинамика стабильная.

Живот мягкий, безболезненный. Печень пальпируется по краю реберной дуги.

Селезенка не пальпируется.

Стул регулярный, оформленный.

Мочеиспускание свободное, безболезненное.

На первом этапе диагностики пациенту необходимо провести

- боли в костях, лихорадка
- быстрая утомляемость, боли, органомегалия
- проливные ночные поты, снижение массы тела больше 10% за шесть месяцев, лихорадка выше 38°C
- дыхательная недостаточность, потливость, лихорадка

Результаты обследования

Для верификации диагноза необходимо провести

- боли в костях, лихорадка
- быстрая утомляемость, боли, органомегалия
- проливные ночные поты, снижение массы тела больше 10% за шесть месяцев, лихорадка выше 38°C
- дыхательная недостаточность, потливость, лихорадка

Результаты обследования

На основании проведенного обследования может быть установлен диагноз

- боли в костях, лихорадка
- быстрая утомляемость, боли, органомегалия
- проливные ночные поты, снижение массы тела больше 10% за шесть месяцев, лихорадка выше 38°C
- дыхательная недостаточность, потливость, лихорадка

Диагноз

Данному пациенту необходимо назначить

- полихимиотерапию по схеме ОЕРА (2 цикла)
- лучевую терапию на область пораженных регионов в СОД 40 Гр
- комбинированную химиолучевую терапию согласно протоколам группы GPOH, EuroNet с 4 введениями Брентуксимаба ведотина
- 6 курсов R-DA-EPOCH с последующей лучевой терапией 20 Гр на ПЭТ-позитивную остаточную опухоль

После окончания риск-адаптированной химиолучевой терапии у пациента остаётся остаточное образование в средостении объемом 80 мл (инициально - 1200 мл). В данном случае показано проведение

- 2-х курсов DНАР и аутологичной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток
- дополнительной лучевой терапии в СОД 10 Гр
- 2-х курсов ICE и аллогенной трансплантации гемопоэтических стволовых клеток при наличии полностью совместимого сиблинга
- динамического наблюдения

У пациента с лимфомой Ходжкина с туннелируемым венозным катетером после окончания специфической терапии на скрининговом ультразвуковом исследовании был выявлен венозный тромбоз дистальнее конца ЦВК. В данном случае необходимо

- назначение низкомолекулярного гепарина в терапевтической дозе, контроль УЗИ еженедельно, при полной реканализации удаление ЦВК, прекращение терапии низкомолекулярным гепарином
- назначение варфарина в терапевтической дозе, удаление ЦВК через 3-5 дней, продолжение терапии варфарином до 3-х месяцев
- назначение низкомолекулярного гепарина в терапевтической дозе, контроль УЗИ еженедельно, при полной реканализации удаление ЦВК, продолжение терапии низкомолекулярным гепарином до 3-х месяцев
- назначение низкомолекулярного гепарина в терапевтической дозе, удаление ЦВК через 3-5 дней, продолжение терапии низкомолекулярным гепарином до 3-х месяцев

Стадирование лимфомы Ходжкина проводится по классификации

- St. Jimmy
- TNM
- Shellong
- Ann-Arbor

Иммуногистохимическим маркером, характерным для лимфомы Ходжкина, является маркер

- CD58
- CD33
- CD30
- CD133

У пациента с лимфомой Ходжкина с изолированным поражением селезенки и при наличии В-симптомов может быть констатирована стадия

- IVB
- I~E~B
- IV~E~B
- IB

Редукция доз последующих курсов химиотерапии пациенту с впервые выявленной лимфомой Ходжкина производится в случае, если

- число тромбоцитов менее $100 \times 10^9 / \text{л}$
- число нейтрофилов менее $1 \times 10^9 / \text{л}$
- концентрация гемоглобина менее 100 г/л
- показатели крови не восстанавливаются дольше дополнительных 14 дней

Для нодулярной лимфомы Ходжкина с лимфоидным преобладанием характерна трансформация в

- диффузную В-клеточную крупноклеточную лимфому
- лимфому Бёркитта
- лимфому Ходжкина нодулярный склероз
- анапластическую крупноклеточную лимфому

ПЭТ при оценке по шкале Deauville считается позитивным при + _____ + баллах

- диффузную В-клеточную крупноклеточную лимфому
- лимфому Бёркитта
- лимфому Ходжкина нодулярный склероз
- анапластическую крупноклеточную лимфому

Условие ситуационной задачи

Ситуация

На прием к врачу-детскому онкологу родители привели девочку 3 месяцев.

Жалобы

Со слов родителей пациентки на врожденное объемное образование левого предплечья, увеличивающееся размерах в динамике.

Анамнез заболевания

При осмотре новорожденного в родильном зале обнаружено объемное образование левого предплечья. До 3 месяцев ребенок наблюдался по месту

жительства с диагнозом «гемангиома», в связи с чем с 3 месяцев получал терапию неселективными b-адреноблокаторами. В течение периода наблюдения образование визуально увеличилось в 1,5-2 раза.

Анамнез жизни

Девочка родилась от первой беременности, первых самостоятельных родов на сроке гестации 39 недель. Масса тела при рождении – 3980 г, длина тела – 55 см, оценка по шкале Апгар – 8/9 баллов.

Объективный статус

Кожные покровы бледного цвета, нормальной влажности, чистые. Слизистые оболочки бледно-розовые чистые, влажные. Суставы не деформированы, активные и пассивные движения в левом локтевом суставе ограничены объемным образованием. Область сердца визуально не изменена. При аускультации тоны ясные, ритм правильный, патологических кардиальных шумов в проекции сердца и магистральных сосудов не выявлено. Дыхание через нос свободное. Дыхание пуэрильное, патологических дыхательных шумов не выявлено. Живот визуально не изменен, при пальпации мягкий безболезненный. Аускультативная картина представлена перистальтическими шумами.

Печень не увеличена. Селезёнка не пальпируется. Область почек и мочевого пузыря без особенностей. Мочеиспускание свободное, моча соломенно-желтого цвета. Очаговой и менингеальной симптоматики не выявлено. Стул оформленный, коричневого цвета, без патологических включений.

Status localis: на передней поверхности левого предплечья визуализируется плотное объемное образование диаметром 6 см с очаговой гиперемией (рисунок).

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются

- диффузную В-клеточную крупноклеточную лимфому
- лимфому Бёркитта
- лимфому Ходжкина нодулярный склероз
- анапластическую крупноклеточную лимфому

Результаты обследования

Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- диффузную В-клеточную крупноклеточную лимфому
- лимфому Бёркитта

- лимфому Ходжкина нодулярный склероз
- анапластическую крупноклеточную лимфому

Результаты обследования

На основании полученных данных можно предположить диагноз

- диффузную В-клеточную крупноклеточную лимфому
- лимфому Бёркитта
- лимфому Ходжкина нодулярный склероз
- анапластическую крупноклеточную лимфому

Диагноз

Следующим этапом лечения у данного пациента, учитывая клиническую группу III по IRS, является

- динамическое наблюдение
- лучевая терапия
- полихимиотерапия (режим AV) или молекулярно-направленная терапия TRK-ингибиторами (до максимального сокращения опухоли) с последующим выполнением `_second-look_` операции
- полихимиотерапия (режим AVD) или молекулярно-направленная терапия ALK-ингибиторами (до максимального сокращения опухоли) с последующим выполнением `_second-look_` операции

Методом выбора в терапии инфантильных фибросарком является

- молекулярно-направленная терапия TRK-ингибиторами
- хирургическое лечение
- химиотерапия
- лучевая терапия

Учитывая феномен спонтанной регрессии, применение стратегии `_“wait and see”_` допустимо у пациентов

- с 1 до 5 лет
- с 3 до 12 месяцев
- младше 3 месяцев
- старше 10 лет

Стандартным режимом полихимиотерапии у пациентов старше 3 месяцев с первично-нерезектабельными формами инфантильных фибросарком является

- VA (Винкристин, Актиномицин Д)
- VDC (Винкристин, Доксорубицин, Циклофосфамид)
- VAC (Винкристин, Актиномицин Д, Циклофосфамид)
- AVD (Актиномицин Д, Винкристин, Доксорубицин)

При недостаточном ответе на стандартную химиотерапию при сохраняющейся невозможности проведения консервативного оперативного вмешательства (при очевидном уменьшении исходной опухоли), возможна интенсификация стандартного режима химиотерапии посредством добавления

- ингибиторов топоизомеразы II
- платиносодержащих препаратов
- ингибиторов топоизомеразы I
- алкилирующих агентов, антрациклинов

Пациентам с клинической группой IRS I (R0-резекция) и IRS II (R1-резекция) показано

- проведение _Second-look_ операции
- проведение адъювантной полихимиотерапии (режим VAC)
- проведение адъювантной полихимиотерапии (режим VA)
- динамическое наблюдение

Пациентам с клинической группой IRS III (R2-резекция) показана

- иммунотерапия GD2-специфическим антителами (до максимального сокращения опухоли)
- иммунотерапия PD-L1 ингибиторами (до максимального сокращения опухоли)
- неoadъювантная полихимиотерапия или молекулярно-направленная терапия ALK-ингибиторами (до максимального сокращения опухоли)
- неoadъювантная полихимиотерапия (режим AV) или молекулярно-направленная терапия TRK-ингибиторами (до максимального сокращения опухоли)

Применение ингибиторов тропомиозин-рецепторной киназы (TRK-ингибиторы) в случае первично-нереспектабельных инфантильных фибросарком предпочтительнее полихимиотерапии при

- угрожающих жизни симптомах и метастатической форме заболевания
- наличии сопутствующих заболеваний, связанных с поражением сердечно-сосудистой системы
- объеме опухоли менее 100 мл

- отсутствии поражения костного мозга

Лучевая терапия пациентам с инфантильной фибросаркомой

- показана в случае R1-резекции
- показана всем категориям пациентов
- обычно не показана
- показана в случае R2-резекции