

Государственное образовательное учреждение
Приднестровский государственный университет им. Т.Г. Шевченко

Медицинский факультет

Кафедра хирургии с циклом онкологии

УТВЕРЖДАЮ

и. о. заведующий кафедрой
к.м.н., доц. Фомов Г.В.

«24» 09 2024

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО
МЕДИЦИНСКОМУ ФАКУЛЬТЕТУ
УЧЕБНОЙ ДИСЦИПЛИНЕ

«ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА»

НАПРАВЛЕНИЕ ПОДГОТОВКИ:

31.05.02 «ПЕДИАТРИЯ»

(УРОВЕНЬ СПЕЦИАЛИТЕТА)

КВАЛИФИКАЦИЯ ВЫПУСКНИКА:

Врач - педиатр

Форма обучения:

очная

Разработал:

Преподаватель: Бутенко Ю. А.

Подпись

Тирасполь, 2021 г

**Паспорт фонда оценочных средств по учебной дисциплине:
«Онкология, лучевая терапия»**

1. В результате изучения «Онкология, лучевая терапия» обучающийся должен:

1.1 . Знать

- факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака у детей.
- особенности проведения опроса, физикального осмотра, клинического обследования, результатов современных лабораторно-инструментальных методов обследования, особенности оформления истории болезни стационарного больного в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания
- историю и закономерности развития онкология основные причины, тормозящие его развитие.
- понятие и принципы этики и деонтологии в общении с коллегами, родителями ребёнка, средним и младшим медицинским персоналом, больными и родственниками
- схему обследования онкологического больного, этапы диагностического процесса. Правила заполнения медицинской карты онкологического больного
- особенности проведения профилактических осмотров, физикального осмотра, клинического обследования, результатов современных лабораторно-инструментальных методов обследования, особенности оформления истории болезни стационарного больного в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания.

1.2. Уметь:

- проводить физикальное обследование онкологического больного.
- проводить опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, оценивать результаты современных лабораторно инструментальных методов обследования, оформлять историю болезни в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания
- применять основные законы философии в медицине-реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом, пациентами и родственниками-заполнять медицинскую документацию-история болезни, амбулаторная карта, рецептов, направление в стационар, стат. талон и др.
- проводить опрос, физикальный осмотр, клиническое обследование, оценивать результаты современных лабораторно-инструментальных методов обследования, оформлять историю болезни в целях распознавания состояния или установления факта наличия или отсутствия заболевания

1.3 Владеть:

- навыками общения с пациентом, его родственниками, с младшим медицинским персоналом
- навыками опроса, физикального осмотра, клинического обследования, лабораторно-инструментальных методов обследования, оформления истории болезни стационарного больного для установления факта наличия или отсутствия заболевания
- навыками общения с пациентом, его родственниками, с младшим медицинским персоналом этическими и деонтологическими аспектами врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим медицинским персоналом пациентами и родственниками
- навыками интерпретации полученных результатов, формулировать диагнозы
- сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли.
- провести анализ причин поздней диагностики рака.

2. Программа оценивания контролируемой компетенции:

Текущая аттестация	Контролируемые модули, разделы (темы) дисциплины и их наименование	Код контролируемой компетенции (или ее части)	Наименование оценочного средства
12 семестр			
1	Тема 1-3.	ОК-1 ОПК-4 ОПК-6 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Контрольная работа №1-3 Тесты Ситуационные задачи устно
2	Тема 4-6	ОК-1 ОПК-4 ОПК-6 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Контрольная работа № 4-6 Тесты Ситуационные задачи устно
3	Тема 7-9	ОК-1 ОПК-4 ОПК-6 ПК-2 ПК-5 ПК-6	Контрольная работа №7-9 Тесты Ситуационные задачи устно
Промежуточная аттестация		зачет	

Перечень оценочных средств

№	Наименование оценочного средства	Краткая характеристика оценочного средства	Критерии оценки	Представление оценочного средства в фонде
1	2	3	4	5
1.	Рубежный контроль (контрольная работа)		Критерии оценки: - оценка «отлично» выставляется, если студент правильно и полно обоснован клинический диагноз, проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение. на основе современных рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; - оценка «хорошо» выставляется, если студент правильно обосновал	Ссылка на образовательный портал, где размещены данные материалы.

2.	ситуационные задачи		клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации; - оценка «удовлетворительно» выставляется, если у студента присутствует понимание сущности болезни; установлен диагноз без учёта клинических особенностей; неправильно выявлены или неполно/неверно обоснованы отдельные составляющие диагноза, синдромов; выбран план лечения без учёта особенностей клинической ситуации и/или назначено только симптоматическое лечение, и/или не учтены сопутствующие состояния, взаимодействия лекарственных средств, побочные эффекты; - оценка «неудовлетворительно» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов основных нозологических форм стоматологического профиля; отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах. - оценка «зачтено» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации	
----	---------------------	--	---	--

3.	зачет		лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации; -оценка «не зачтено» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах -оценка «зачтено» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации; -оценка «не зачтено» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к	
----	-------	--	---	--

4.	тесты		неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах -оценка «зачтено» выставляется студенту, если правильно выполнено 70% теста; - оценка «не зачтено» выставляется студенту, если правильно выполненных тестовых заданий менее 70%;	
----	-------	--	--	--

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко

Кафедра хирургии с циклом онкологии

«Онкология, лучевая терапия»

П Е Р Е Ч Е Н Ь ВОПРОСОВ К КОНТРОЛЬНЫМ РАБОТАМ по «Онкология, лучевая терапия» 6 КУРС

Вопросы к контрольной работе № 1 (1-3).

1. Организация онкологической службы в Приднестровье.
2. Онкологический диспансер, онкологический кабинет.
3. Общие принципы лечения опухолей в детском возрасте. Классификация методов лечения.
4. Методы лучевой терапии злокачественных опухолей. Радиочувствительные и радиорезистентные опухоли. Дозы и режимы облучения. Способы повышения радиочувствительности.
5. Классификация противоопухолевых лекарственных препаратов. Механизм действия. Чувствительность злокачественных опухолей к химиотерапевтическим препаратам. Показания к химиотерапевтическому лечению. Методы введения препаратов. Побочные действия. Противопоказания к химиотерапии.
6. Принципы химиотерапии. Адъювантная и неоадъювантная химиотерапия.
7. Опухоли грудной полости у детей, опухоли тимуса. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Лечение
8. Опухоли легких у детей. Клиническая картина. Диагностика. Лечение

Вопросы к контрольной работе № 2(4-6).

1. Новообразования мягких тканей у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика.
2. Гемангиома, лимфангиома. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Данные дополнительных методов обследования: цитологии, гистологии. Показания к хирургическим методам лечения. Показания к консервативным методам лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.
3. Пигментные невусы, дермоидные кисты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Данные дополнительных методов обследования: цитологии, гистологии. Показания к хирургическим методам лечения. Показания к консервативным методам лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.
4. Липомы, пиломатриксомы, тератомы. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Данные дополнительных методов обследования: цитологии, гистологии. Показания к хирургическим методам лечения. Показания к консервативным методам лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.
5. Опухоли костей у детей. Классификация. Заболеваемость. Патологоанатомическая характеристика.
6. Основные разновидности злокачественных опухолей: остеогенная саркома, саркома Юинга, хондросаркома, вторичные злокачественные опухоли. Клиническая картина. Диагностика. Основные рентгенологические симптомы. Сохранные операции.

7. Опухоли мягких тканей. Заболеваемость. Патологоанатомическая характеристика. Локализация. Клиническая картина. "Сигналы тревога". Дифференциальный диагноз. Методы обследования: УЗИ, компьютерная томография и магнитный резонанс.

8. Опухоли головы и шеи. Классификация. Внеорганные опухоли шеи (нейрогенные, мезенхимальные, дисэмбриональные). Диагностика. Специальные методы диагностики. Принципы лечения (хирургического, лучевого, комбинированного). Метастазы рака в лимфатические узлы шеи без выявления первичной опухоли. Диагностическая и лечебная тактика. Значение ангиографии и морфологического исследования, лечение.

Вопросы к контрольной работе № 3 (7-9).

1. Нейробластома у детей. Классификация, гистогенез. Особенности клинического течения. Роль ультразвуковой и компьютерной томографии в диагностике. Лечение.

2. Злокачественные опухоли печени у детей. Классификация, диагностика.

3. Первичные и метастатические опухоли печени. Эпидемиология и гистогенез первичного рака печени.

4. Нейробластомы у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ). Данные дополнительных методов обследования: цитологии, гистологии. Показания к хирургическим методам лечения. Показания к консервативным методам лечения.

5. Злокачественная лимфома у детей. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ). Данные дополнительных методов обследования: цитологии, гистологии. Показания к хирургическим методам лечения. Показания к консервативным методам лечения.

6. Лимфогранулематоз. Этиология. Патогенез. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Лабораторные методы исследования (общий анализ крови, коагулограмма, биохимия крови, общий анализ мочи). Иммунологические методы исследования. Инструментальная диагностика (УЗИ, рентгенография органов брюшной полости, КТ, МРТ). Данные дополнительных методов обследования: цитологии, гистологии. Показания к хирургическим методам лечения. Показания к консервативным методам лечения.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Приднестровский Государственный Университет
им. Т. Г. Шевченко

Кафедра хирургии с циклом онкологии

**«Онкология, лучевая терапия»
Направление подготовки 31.05.02 «Педиатрия»
(уровень специалитета)**

Квалификация: врач – педиатр общей практики

Комплект заданий для контрольных работ.

**Вопросы к контрольной работе 6 курс
по темам № 1-3.**

Вариант 1.

Задание 1. Организация онкологической службы в Приднестровье.

Задание 2. Онкологический диспансер, онкологический кабинет.

Задание 3. Общие принципы лечения опухолей в детском возрасте. Классификация методов лечения.

Задача: К онкологу в онкологический диспансер обратилась пациентка Р., 27 лет с жалобами на боли и уплотнения в молочных железах. При осмотре: на коже лица и рук пациентки имеются мелкие пигментные пятна, при пальпации молочных желез выявлены множественные узловые образования от 0,5 до 1 см в диаметре. Пациентка направлена на УЗИ молочных желез, заключение: множественные фибroadеномы молочных желез. Диагноз верифицирован в дальнейшем при помощи тонкоигльной диагностической пункционной биопсии. Из анамнеза пациентки известно, что все родственники женского пола по материнской линии болели раком молочной железы.

Вариант 2.

Задание 1. Новообразования мягких тканей у детей. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика.

Задание 2. Гемангиома, лимфангиома. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Данные дополнительных методов обследования: цитологии, гистологии. Показания к хирургическим методам лечения. Показания к консервативным методам лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.

Задание 3. Пигментные невусы, дермоидные кисты. Этиология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина. Дифференциальная диагностика. Данные дополнительных методов обследования: цитологии, гистологии. Показания к хирургическим методам лечения. Показания к консервативным методам лечения. Прогноз. Исходы. Диспансеризация.

Задача: К маммологу в городскую поликлинику обратилась пациентка С., 52 лет с жалобами на наличие узлового образования в левой молочной железе. При осмотре выявлено узловое образование левой и правой молочных желез. Пациентка направлена на маммографическое исследование. При маммографическом исследовании рентгенологическая картина рака левой и правой молочной желез.

Критерии оценки:

- **оценка «отлично»** выставляется, если студент правильно и полно обоснован клинический диагноз, проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение. на основе современных рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий;
- **оценка «хорошо»** выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации;
- **оценка «удовлетворительно»** выставляется, если у студента присутствует понимание сущности болезни; установлен диагноз без учёта клинических особенностей; неправильно выявлены или неполно/неверно обоснованы отдельные составляющие диагноза, синдромов; выбран план лечения без учёта особенностей клинической ситуации и/или назначено только симптоматическое лечение, и/или не учтены сопутствующие состояния, взаимодействия лекарственных средств, побочные эффекты;
- **оценка «неудовлетворительно»** выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов основных нозологических форм стоматологического профиля; отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Приднестровский Государственный Университет им. Т. Г. Шевченко

Кафедра хирургии с циклом онкологии «Онкология, лучевая терапия»

Задача №1

Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких, УЗИ малого таза и брюшной полости): признаков диссеминации процесса нет.

Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы. T4N0M0. Больной рекомендовано провести лучевое лечение.

Каковы основные принципы предлучевой подготовки больной?

Ответ: 1) морфологическая верификация злокачественности процесса. 2) определить степень дифференцировки опухоли и ее биологические характеристики. 3) провести клиническую оценку общего состояния больной. 4) разметка - определение центра и границ поля облучения. 5) дозиметрия - построение картины дозного поля имитация дозиметрического плана лечения.

Задача №2

Больная Х., 65 лет. Предъявляет жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак среднеампулярного отдела прямой кишки. Принято решение о проведении комбинированного лечения: предоперационная лучевая терапия + чрезбрюшная резекция прямой кишки.

Какие возможны осложнения при облучении тазовой области?

Ответ: 1) тошнота, потеря аппетита, понос. 2) нарушение мочеиспускания с чувством жжения. 3) боли в прямой кишке. 4) сухость влагалища, выделения из него.

Задача №3

Больной П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле. При осмотре выявлены увеличенные шейные лимфоузлы. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит. Установлен диагноз: рак гортаноглотки. Планируется комбинированное лечение: операция и лучевая терапия.

Какие возможны побочные реакции при проведении лучевой терапии у данной больной?

Ответ: 1) нарушение слуха. 2) ощущение тяжести в голове. 3) сухость во рту, першение, осиплость голоса.

Задача №4

Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких): метастазы в правом легком. Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы. T4N0M1. Метастазы в легкие. Больной планируется комбинированное лечение: неoadъювантная ПХТ, ЛТ, хирургическое лечение.

Каковы основные цели неoadъювантной химиотерапии?

Ответ: 1) уменьшить массу опухоли, 2) снизить стадию, 3) облегчить или уменьшить объем хирургического вмешательства и последующей ЛТ, 4) оценить чувствительность опухоли к лечению.

Задача №5

Больной Б., 36 лет. Жалуется на боли в животе, преимущественно в области поясницы, чаще возникающие ночью, отеки нижних конечностей. Обследован гастроэнтерологом: патологии желудочно-кишечного тракта не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены увеличенные парааортальные лимфоузлы, спленомегалия. При РКТ органов малого таза: увеличенные подвздошные лимфоузлы. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, лимфопения. Выставлен диагноз: лимфогранулематоз. Больному начато лечение: проведено 3 цикла ПХТ. Каковы критерии оценки эффективности химиотерапии?

Ответ: 1) полный эффект- исчезновение очагов на срок не менее 4 недель, 2) частичный – регрессия опухоли на 30%, 3) прогрессирование – увеличение опухоли на 20%, 4) стабилизация – нет увеличения и уменьшения опухоли, 5) время до прогрессирования.

Задача №6

Пациент пришел на прием к онкологу с жалобами на плотное, подкожное образование в области грудины.

К какой клинической группе он относится? За какой срок надо поставить диагноз?

Ответ: 1 группа, 10 дней

Задача №7

Пациент после резекции желудка по поводу рака через 6 месяцев пришел на прием к онкологу для диспансерного наблюдения.

1. Какие обследования он должен пройти и для чего?
2. Как часто он должен обследоваться в дальнейшем?

Ответ: 1. Для исключения рецидива и прогрессирования заболевания он должен сделать gastroscopy, УЗИ регионарных лимфоузлов, УЗИ печени, рентген легких, сканирование костей скелета.

2. 1-ый год после лечения 1 раз в 3 мес., 2-3 годы - 1 раз в полгода, с 4 года - 1 раз в год.

Задача №8

У пациента 4 стадия рака предстательной железы.

1. К какой клинической группе он относится?
2. Определите план его лечения?

Ответ: 1. 4 группа

2. Химиотерапия или гормонотерапия

Задача №9

Больной по поводу рака молочной железы планируется провести химиотерапию препаратами антрациклинового ряда.

1. Какие непосредственные осложнения надо ожидать?
2. Как их купировать?
3. Какие возможные отдаленные осложнения могут быть?

Ответ: 1. Тошноту, рвоту

2. Противорвотные препараты центрального действия (Латран, Зофран, Кетрил)

3. Кардиотоксичность

Задача №10

После лучевой терапии у больного кожа в месте облучения гиперемирована.

1. К какой группе осложнений относится данное проявление?
2. Как помочь больному?

Ответ: 1. Местные осложнения
2. Использовать мази

Задача №11

Больной предстоит химиотерапия препаратами группы антрациклинов и таксанов.

1. Какие осложнения могут быть?
2. Как с ними бороться?

Ответ: Тошнота, рвота - противорвотные, лейкопения - колонистимулирующие факторы, алоpecia - объясняем последствия, периферические отеки - мочегонные.

Задача №12

При патологоанатомическом вскрытии трупа после ДТП случайной находкой выявлен рак желудка 1 стадии.

Какие документы заполняет патологоанатом и для чего?

Ответ: Для учета онкологии заполняется протокол.

Задача №13

Больной узнал, что после обследования в поликлинике по месту жительства у него рак почки. Он просит направление в онкодиспансер и ОНЦ для повторной диагностики.

1. Причины поведения больного?
2. Как помочь больному в плане психологической адаптации?

Ответ: 1. Стадия отрицания заболевания после известия о диагнозе
2. При доверительной беседе выявить все страхи больного, объяснить принципы лечения и прогноз.

Задача №14

У больной выявлен рак молочной железы 1 стадии.

1. К какой клинической группе она относится?
2. Какие дальнейшие действия онколога по месту жительства?

Ответ: 1. 2а группа
2. оформить документацию на госпитализацию в онкодиспансер для хирургического лечения

Задача №15

На мебельной фабрике участились случаи заболеваемости раком.

1. Рак какой локализации преобладает в данном случае?
2. Какой вид диспансеризации нужно провести?
3. Какая профилактика должна быть проведена на фабрике?

Ответ: 1. рак слизистой носа
2. Целевая диспансеризация
3. Первичная и вторичная

Задача №16

К гинекологу на контрольное обследование пришла женщина 52 лет с отсутствием специфических жалоб. При гинекологическом осмотре врач не обнаружил какой-либо выраженной патологии. Какие манипуляции с данной пациенткой должен произвести врач? На какие дополнительные исследования он должен ее направить?

Ответы: Необходимо произвести взятие мазков с поверхности шейки матки и цервикального канала и направить их на цитологическое исследование; необходимо произвести осмотр молочных желез и регионарных л/узлов.

В случае отсутствия признаков поражения молочных желез пациентку необходимо направить на скрининговую маммографию. В случае обнаружения патологии в молочных железах, пациентка должна быть направлена к маммологу либо к онкологу.

Задача №17

К хирургу обратилась женщина 47 лет с жалобами на увеличение в размерах подмышечных лимфоузлов справа. При осмотре в правой аксиллярной области обнаружены единичные плотные лимфоузлы с ограниченной подвижностью, размером до 1-1,5 см не спаянные между собой. При физикальном осмотре в молочных железах узловых образований не определяются. Соски, ареолы не изменены. Другие группы регионарных лимфоузлов не увеличены. Признаков воспаления в правой молочной железе не выявлено. Пациентка направлена на маммографическое исследование, при котором в обеих молочных железах обнаружена картина умеренно выраженной двусторонней фиброзно-кистозной мастопатии. Узловые образования в ткани молочных желез не выявлены. Пациентке было рекомендовано контрольное обследование через 3 месяца.

1. Правильная ли тактика выбрана хирургом? 2. Какие дополнительные обследования вы порекомендуете? 3. Какие онкологические заболевания могут проявляться поражением аксиллярных лимфатических узлов?

Ответы: 1. тактика неверна.

2. Необходимо провести дополнительные обследования:

А. УЗИ регионарных лимфатических узлов

Б. Осмотр кожи правой верхней конечности, груди, живота, спины для исключения меланомы кожи, рака кожи.

В. Рентгенографию органов грудной клетки для исключения рака легких.

Г. Пункция пораженных лимфоузлов с последующим цитологическим исследованием пунктата.

Д. В случае неинформативности пункции – биопсия пораженных лимфатических узлов с гистологическим исследованием полученного материала.

3. Рак молочной железы; неэпителиальные опухоли молочной железы; меланома кожи передней грудной, брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; плоскоклеточный рак кожи передней грудной, брюшной стенок, спины, правой верхней конечности; лимфопролиферативные заболевания, рак легких, опухоли мягких тканей передней грудной, брюшной стенок, спины правой верхней конечности

ОПУХОЛИ КОЖИ

Рак кожи. Меланомы.

Задача №1

Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: В области лба поверхностное образование 1,5х2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Эталоны ответов:

1. У больного подозрение на базальноклеточный рак кожи лба. Дифференциальная диагностика с плоскоклеточной карциномой, кератоакантомой.
Обоснование:
 - Длительный анамнез, медленный рост опухоли
 - Клиническая картина: образование в виде папулы с изъязвлением (узелково-язвенная форма)
 - Отсутствие метастатического поражения лимфатических узлов
2. Соскоб с поверхности опухоли с цитологическим исследованием.
3. Больному может быть предложено хирургическое лечение с учетом наличия изъязвления и размеров опухоли. Альтернативой может быть лучевая терапия.

Задача №2

Больная М., 39 лет. Жалобы на наличие новообразования на наружной поверхности правого плеча, которое увеличилось в размерах за последние 2 месяца. При осмотре: на латеральной поверхности плеча имеется узловое образование, размерами 3х4см, на широком основании, с выраженным сосудистым компонентом, бордово-коричневого цвета, легко кровоточит при пальпации, безболезненно. В правой подмышечной впадине пальпируются увеличенные до 2 см лимфоузлы. Отдаленных метастазов не выявлено.

Ваш предположительный диагноз?

Какова ваша схема лечения данного больного?

Какие пути метастазирования данной опухоли?

Ответ: Меланома кожи плеча. ТхN2Mх. Лечение: широкое иссечение опухоли в пределах здоровых тканей, регионарная лимфаденэктомия при «+» сторожевом л\у. Лимфогенно, транзиторно (внутрикожно), гематогенно (кости, легкие, головной мозг).

Задача №3

Больная 71 года обратилась с жалобами на образование кожи в области правого плеча, болезненность при поднятии правой верхней конечности. Из анамнеза известно, что образование в этой области существует 3 года. Появилось в зоне ожога, полученного 10 лет назад. В последний год отметила уплотнение образования, увеличение его в размере.

При осмотре: на коже правого плеча образование 4х3 см, слегка выступающее над поверхностью кожи, с наличием гиперкератоза по его периферии. Отмечено значительное увеличение подмышечных лимфатических узлов справа, которые сливаются в конгломерат до 5 см в диаметре. При пальпации имеют плотноэластическую консистенцию. Безболезненны.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Эталоны ответов:

1. У больной плоскоклеточная карцинома кожи правого плеча с метастазами в подмышечные лимфатические узлы. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с базалиомой.
Обоснование:
Наличие ожога в анамнезе, клиническая картина, метастатическое поражение региональных лимфоузлов.

2. Соскоб с поверхности опухоли, пункция увеличенных подмышечных лимфоузлов с цитологическим исследованием
3. Хирургическое лечение в виде иссечения опухоли кожи правого плеча и правосторонней подмышечной лимфаденэктомией.
Адьювантно – лучевая терапия.

Задача №4

У пациента 37 лет при обследовании обнаружено увеличение паховых лимфатических узлов слева. При осмотре на коже передней поверхности левой голени пигментное образование неправильной формы до 12 мм, с неровной поверхностью, неоднородной окраски. Из анамнеза: Пациент отмечает наличие этого образования с детства, однако за последние полгода отметил увеличение его в размере, изменение формы.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. Предположительная стадия заболевания.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Эталоны ответов:

1. У больного меланомы кожи левой голени с метастазами в паховые лимфатические узлы слева. При условии отсутствия отдаленных метастазов предположительно у него III клиническая стадия.
2. Дополнительные исследования для исключения отдаленных метастазов: УЗИ лимфатических узлов, печени, рентгенография органов грудной клетки.
3. При отсутствии отдаленных метастазов показано иссечение меланомы кожи левой голени, операция Дюкена слева (паховая лимфаденэктомия).
Дополнительное лечение может включать иммунотерапию, химиотерапию.

Задача №5

У пациента 38 лет в косметологической клинике 4 месяца назад было удалено пигментное образование правого предплечья. В настоящее время в области послеоперационного рубца появилось уплотнение с черным пигментным окрашиванием размером 4 мм. Также в подмышечной области справа определяются подмышечные лимфоузлы, увеличенные до 1,5 см, плотноэластичной консистенции.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Эталоны ответов

1. Меланомы кожи правого предплечья. Рецидив после нерадикальной операции. Метастазы в подмышечные лимфоузлы справа.
2. УЗИ региональных лимфоузлов, УЗИ органов брюшной полости, Rg-графия органов грудной клетки.
3. При отсутствии отдаленных метастазов – иссечение рецидива с подмышечной лимфаденэктомией справа. Решение вопроса о системной терапии.

Задача №6

У больного 47 лет, длительное время работавшего с радиоактивными веществами, на коже тыльной поверхности правой кисти появилось образование размером 1,5 см с мокнущей поверхностью и инфильтрацией подлежащих тканей, отеком и гиперемией вокруг. Обратился к врачу в поликлинику, где назначена противовоспалительная терапия местного и общего характера, что привело к регрессу новообразования и формированию струпа.

Задания

1. Правильно ли выбран метод лечения?
2. Какова дальнейшая тактика?

Ответ:

1. Выбор тактики и метода лечения должен зависеть от результатов цитологического исследования мазков-отпечатков, которое не было выполнено.
2. Необходимо проведение цитологического исследования (соскоб с поверхности образования), при необходимости – его биопсия. В случае обнаружения опухолевого роста необходимо хирургическое лечение. В случае его отсутствия – продолжение противовоспалительной терапии.

Задача №7

У больного 48 лет, недавно перенесшего острую респираторную вирусную инфекцию, при контрольном осмотре спустя 2 года после лечения хирургическим методом меланомы кожи грудной стенки II уровня инвазии по Кларку обнаружены увеличенные до 3см лимфатические узлы в подмышечной области справа.

Задание

Ваши действия?

Ответ:

Необходимо УЗИ пораженной группы лимфоузлов, а также других регионарных групп лимфатических узлов (подмышечные с другой стороны, над-, и подключичные). В случае подозрения на метастатическое поражение лимфоузлов возможна их пункция для подтверждения диагноза.

Задача №8

Больная 35 лет обратилась в поликлинику с жалобами на изменение цвета, формы и размеров пигментного новообразования на коже передней брюшной стенки. При осмотре выявлен новообразование размером 2,5см, темно-коричневое, без пушковых волос, с венчиком гиперемии по окружности. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Задания

1. Ваш диагноз?
2. Назначьте план обследования и лечения.

Ответ:

1. В данном случае необходимо проводить дифференциальный диагноз между меланомой кожи и диспластическим невусом.
2. Необходимо проведение УЗИ подмышечных, над-, подключичных, паховых лимфатических узлов. В случае отсутствия признаков их поражения, а также отсутствия данных за отдаленное метастазирование необходимо провести широкое хирургическое иссечение участка кожи с пигментным образованием. Материал обязательно направляется на гистологическое исследование.

Задача №9

Больному 62 лет в поликлинике три месяца назад произведено иссечение опухоли кожи височной области справа. В выписке указан диагноз: пигментный невус (гистологическое исследование не проводилось). При осмотре на коже височной области справа обнаружен окрепший послеоперационный рубец. Рядом с ним в толще кожи пальпируется узелок с синеватым оттенком. В правой околоушной слюной железе пальпаторно выявлена плотная подвижная округлой формы опухоль размерами 1,5х2,0см.

Задания

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Укажите на ошибки, допущенные хирургом поликлиники.

Ответ:

1. Вероятней всего, у пациента внутрикожный метастаз (сателлит) меланомы кожи правой височной области, метастаз в правую околоушную слюнную железу.
2. Основная ошибка хирурга – материал не был направлен на гистологическое исследование.

ОПУХОЛИ ГОЛОВЫ И ШЕИ

Рак нижней губы.

Задача №1

У курильщика 68 лет появилась образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытая корочкой. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2см.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) С помощью какого метода это можно установить? В) Тактика лечения этого больного?

Ответ: А) рак нижней губы. Б) Нужно выполнить соскоб или биопсию, т.е. с помощью морфологических данных. В) В зависимости от соматического статуса больного и распространенности опухоли на первом этапе можно провести хирургическое лечение или химио-лучевое лечение.

Задача №2

Через 2 года после лечения рака нижней губы у женщины появились плотные лимфатические узлы в подчелюстной области слева. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваша дальнейшая тактика дообследования и лечения?

Ответы: А) Метастазы в л/узлы шеи. Б) УЗИ исследования с пункцией из увеличенного л/узла с последующим проведением операции или химиолучевого лечения

Задача №3

Больной обратился в поликлинику с жалобами на наличие язвенного образования на красной кайме нижней губы в течении последних 6-7 месяцев.

А) Ваша тактика действия? Б) К какому специалисту следует направить этого больного?

Ответы: А) биопсия из области язвенного дефекта Б) В зависимости от результатов биопсии.

Рак языка и слизистой оболочки полости рта.

Задача №1

Больному 5 лет назад выполнена радикальная операция по поводу рака языка. При контрольном осмотре жалоб не предъявляет. Рецидива и метастазов нет.

А) Когда ему явиться на следующий контрольный осмотр? Б) Какой минимальный метод обследования необходимо при этом выполнить?

Ответ: А) через год. Б) УЗИ шеи

Задача №2

Больного в течение последнего года беспокоят периодические боли на левой боковой поверхности языка. Около 2 месяцев назад появилась уплотнение на этом месте. Обратился к врачу.

Тактика действия врача?

Ответ: УЗИ исследование языка и регионарных зон, биопсия или пункция из очага уплотнения на языке, компьютерная томография дна полости рта и шеи.

Задача №3

Через 4 года после лечения рака слизистой дна полости рта у мужчины появились плотные лимфатические узлы в подчелюстной области справа.

Тактика действия врача?

Ответ: УЗИ исследования шеи с пункцией из увеличенного л/узла. И в зависимости от результатов пункций выработать тактику лечения

Опухоли слюнных желез.

Задача №1

Больного в течении последнего года беспокоят периодические боли в области левой околоушной слюнной железы. Около 2-х месяцев назад появилась асимметрия лица и уплотнение на этом месте. Обратился к врачу.

А) Тактика действия врача? Наиболее вероятный диагноз?

Ответ: А) УЗИ исследование околоушной области и регионарных зон, пункция под контролем УЗИ из очага уплотнения, компьютерная томография Б) Диагноз дифференцируется между плеоморфной аденомой и раком околоушной слюнной железы.

Задача №2

Через 2 года после лечения рака правой подчелюстной слюнной железы у мужчины появились плотные лимфатические узлы на шее слева.

А) Тактика действия врача? Б) Наиболее вероятный диагноз?

Ответ: А) УЗИ исследования шеи с пункцией из увеличенного л/узла. Б) Метастазы в л/узлы шеи.

Задача №3

В поликлинику обратился молодой человек, 23 лет с жалобами на опухолевидные образования в околоушной области справа, которая появилась около 3 месяцев назад после удара. В течение этого времени опухолевидное образование увеличивается в размере.

А) Наиболее вероятный диагноз? Б) Ваша тактика действия?

Ответ: А) Плеоморфная аденома. Б) УЗИ исследования с пункцией из опухолевого образования околоушной области.

Рак щитовидной железы и гортаноглотки.

Задача №1

Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа роста зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание, повышенный уровень кальцитонина. Ваш диагноз? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

Ответ: Медуллярный рак щитовидной железы. Диф.диагноз: 1) острые и хронические стромиты. 2) тиреоидит де Кервеля, Хашимото, Риделя. 3) опухоли паращитовидных желез.

Задача №2

Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа роста зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание, повышенный уровень кальцитонина. При сцинтиграфии костей скелета выявлены очаги повышенного накопления радиофармпрепарата в бедренных костях, которые расценены как метастатические.

Ваш диагноз? Тактика лечения?

Ответ: Медуллярный рак щитовидной железы. T4NxM1. Метастазы в кости. Хирургическое лечение: тиреоидэктомия. Лучевая терапия. Радиойодтерапия (поскольку имеются отдаленные метастазы в кости).

Задача №3

Больной Т., 45 лет. Предъявляет жалобы на снижение звучности голоса, затруднение акта глотания, боли в костях, за грудиной. Больной длительно лечился тиреостатиками. При осмотре щитовидная железа увеличена в размерах, отмечается ограничение ее смещаемости, увеличение шейных лимфоузлов. Ваш предварительный диагноз?

Какие современные методы диагностики позволяют подтвердить диагноз?

Ответ: Рак щитовидной железы. Метастазы в кости, лимфоузлы средостения? 1) УЗИ щитовидной железы. 2) тонкоигольная биопсия с последующим цитологическим исследованием. 3) ангиография щитовидной железы. 4) КТ грудной клетки. 5) сцинтиграфия и рентгенологическое исследование костей скелета. 6) определение уровня кальцитонина в сыворотке крови.

Задача №4

Больной П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле. При осмотре шейные лимфоузлы не увеличены. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит. При дообследовании отдаленных метастазов не обнаружено. Ваш диагноз? Каков предполагаемый объем лечения?

Ответ: Рак гортаноглотки. Комбинированное лечение. Операция в объеме резекции гортаноглотки с сохранением гортани. Лучевая терапия.

Задача №5

Больная Н., 53 лет. Предъявляет жалобы на поперхивание, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле, охриплость. При осмотре шейные лимфоузлы не увеличены. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована опухолью, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит, голосовые складки фиксированы. Выполнена биопсия. Гистологическое заключение: аденокарцинома. При дообследовании отдаленных метастазов не обнаружено.

Ваш диагноз? Каков предполагаемый объем лечения?

Ответ: Рак гортани. T3NxM0. Комбинированное лечение. Операция: ларингэктомия или расширенная подскладочная субтотальная резекция гортани). Дистанционная гамма-терапия до и после операции.

Задача №6

У больной 46 лет с жалобами на чувство тяжести за грудиной и непостоянную одышку при физической нагрузке при рентгенологическом исследовании грудной клетки за рукояткой грудины выявлена опухоль с четкими контурами, 8 см в диаметре, смещающая трахею вправо. Щитовидная железа пальпаторно не увеличена, мягкой консистенции. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Какой метод обследования дает возможность определить, что это не щитовидная железа? В) Какие методы лечения можно проводить этой пациентке?

Ответы: А) у больного диагноза – тимомы. Это опухоль, развивающаяся из клеточных элементов тимуса. Б) Из методов диагностики можно применить компьютерную томографию или МРТ. В) хирургический. После операции можно провести лучевую терапию.

Задача №7

У больной 50 лет диагностирован рак щитовидной железы. При осмотре определяется плотный узел в правой доле, лимфоузлы 3×4 см по ходу ключичной мышцы плотные, увеличенные, безболезненные. А) Как радикально лечить больную? Б) Следует ли после операции проводить еще дополнительное специализированное лечение?

Ответы: А) струмэктомия с удалением регионарных лимфоузлов. Б) да, гормонозаместительная терапия.

Задача №8

У больной 60 лет 10 лет назад диагностирован узловой эутиреоидный зоб размерами 5×3 см. За последние полгода образование увеличилось вдвое, ухудшилось общее состояние больной, появились слабость, быстрая утомляемость. При пальпации поверхность щитовидной железы неровная, консистенция плотная. Образование малоподвижное. Лимфоузлы на левой половине шеи увеличены, плотные. А) Ваш предварительный диагноз? Б) С помощью какого метода можно установить точный диагноз? В) Тактика лечения этой больной?

Ответы: А) малигнизация зоба. Б) пункция из узлов щитовидной железы и из л\узлов на шее. В) На первом этапе операция. На втором этапе в зависимости от результатов планового гистологического исследования – радиойодтерапия или лучевая терапия.

Задача №9

Больной 45 лет был прооперирован по поводу рака щитовидной железы. Сразу же после операции появилась осиплость голоса, больной стал поперхиваться. А) Какое осложнение струмэктомии возникло у данного больного? Б) Какие последствия — это может это за собой повлечь?

Ответы: А) повреждение возвратного гортанного нерва. Б) потеря голоса, асфиксия

Задача №10

Больная поступила с жалобами на раздражительность, потливость, слабость, сердцебиение. Считает себя больным 2 года. Щитовидная железа не увеличена. Основной обмен – 30%. При физикальном обследовании больной никакой патологии не выявлено. При рентгенологическом исследовании в переднем средостении на уровне II ребра справа определяется образование округлой формы размером 5×5 см с четкими границами. А) Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза? Б) У каких специалистов должна лечиться это больная?

Ответы: А) сканирование щитовидной железы и анализы крови на гормональный профиль щитовидной железы. Б) эндокринолог.

Задача №11

У курильщика 58 лет появилась охриплость постоянного характера и одышка при малейшей физической нагрузке. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2см. А) Ваш наиболее вероятный диагноз? Б) Какой метод — это может точно подтвердить? В) Тактика лечения этого больного?

Ответы: А) рак гортани. Б) биопсия из гортани и пункция из лимфоузла шеи. В) В зависимости от распространенности опухоли выполняют хирургический метод или химио-лучевой метод.

Задача №12

Больной обратился в поликлинику с жалобами на охриплость и боли в горле усиливающиеся при глотании. При фиброларингоскопии слизистая гортаноглотки и гортани не изменены, но отмечается отечность и сужение провета гортани. А) Какие дополнительные методы исследования нужно провести? Б) С помощью какого метода диагностики можно взять прицельно пункцию и верифицировать диагноз?

Ответы: А) компьютерная томография, ультразвуковое исследование, рентгенологическое исследование с барием. Б) Ультразвуковой метод

Задача №13

Больной 3 года назад оперировался по поводу рака гортани. Выполнена резекция гортани. За последние 2-3 месяца появились жалобы на одышку при малейшей физической нагрузке и усиление охриплости. Дальнейшая тактика действия врача? Какие методы лечения нужно применить у этого больного?

Ответы: А) Компьютерная томография и эндоскопический осмотр гортани с повторной биопсией из гортани. Б) Методы лечения зависят от результатов биопсии

Задача №14

Больной поступил с диагнозом рак гортани и метастазами в лимфатические узлы шеи с обеих сторон. А) Какой объем операции требуется на первом этапе? Б) Какой метод лечения требуется на втором этапе? В) Какое минимальное специализированное лечение в послеоперационном периоде больному еще требуется проводить?

Ответы: А) ларингэктомия и операция на лимфосистеме шеи на стороне поражения опухолью гортани. Б) Операция на лимфосистеме шеи с противоположенной стороны.

В) лучевая терапия

Задача №15

У больного диагноз рак гортаноглотки с метастазами в лимфатические узлы шеи инфильтративного характера с обеих сторон. А) Какой метод лечения нужно применить? Б) При обтурации опухоли просвета гортани, дополнительно, какую операцию необходимо выполнить?

Ответы: А) химиолучевой. Б) срочная трахеостомия

ПРЕДРАКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ И РАК МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Мастопатии. Рак молочной железы.

Задача № 1

Пациентка 43 лет обратилась с жалобами на обильные выделения из соска правой молочной железы. Беспокоят в течение 2х месяцев. Вначале выделения были светло-желтого цвета, в последнее время приобрели бурый оттенок. Во время последней маммографии, выполненной 6 месяцев назад, патологии не обнаружено. При осмотре: Молочные железы симметричны. При надавливании на правый сосок отмечается наличие выделений бурого цвета. Выделения из левого соска отсутствуют. При пальпации узловые образования не определяются. Региональные лимфатические узлы не увеличены.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе заболевания.

Ответ:

1. Внутрипротоковая папиллома правой молочной железы. Следует дифференцировать с внутрипротоковым раком молочной железы.

Обоснование:

- а. данные анамнеза и объективного осмотра:
 - жалобы на выделения из соска, соответствующие по характеру внутрипротоковой папилломе.
- б. объективные данные:
 - отсутствие узловых образований при пальпации и маммографии.
2. Цитологическое исследование выделений из соска. Для папилломы характерно наличие клеток протокового эпителия, гемосидерин.
- Дуктография для подтверждения наличия папилломы, а также ее локализации.
3. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения

Принципы лечения:

Выполнение центральной секторальной резекции правой молочной железы с удалением протоков, содержащих папилломы со срочным гистологическим исследованием. При подтверждении диагноза внутрипротоковая папиллома прогноз благоприятный.

Задача № 2

Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на отек, болезненность левой молочной железы. Жалобы возникли 2 недели назад, симптоматика постепенно нарастала. Температура тела 36,6 С. При осмотре: Левая молочная железа больше левой, кожа железы диффузно отечна, гиперемирована. Отмечается повышение локальной температуры. При пальпации умеренно болезненна, диффузно уплотнена за счет отека. Узловые образования не определяются. В левой подмышечной области определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы, плотной консистенции, безболезненные.

Задания

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Ответ:

1. Рак левой молочной железы. Отечно-инфильтративная форма. Следует дифференцировать с нелактационным маститом.

Обоснование:

- а. данные анамнеза и объективного осмотра:
 - жалобы на симптомы воспаления правой молочной железы, протекающие, однако, без выраженного болевого синдрома, повышения температуры тела.
 - б. объективные данные:
 - отсутствие узловых образований при пальпации. Наличие увеличенных лимфоузлов в левой подмышечной области, подозрительных на предмет метастатического поражения.
2. Маммография, УЗИ молочных желез. При обнаружении узловых образований пункция. При их отсутствии – пункция лимфатических узлов левой подмышечной области.
 3. При подтверждении диагноза пациентке выполняется биопсия, назначается системное лечение (химиотерапия, гормонотерапия). При достижении выраженного лечебного эффекта – возможно выполнение оперативного вмешательства в объеме радикальной мастэктомии.

Задача № 3

У пациентки 58 лет в постменопаузе при маммографическом исследовании выявлено узловое образование в верхнее-наружном квадранте левой молочной железы. Образование неправильной формы, с тяжами в окружающие ткани, размером 1,5 см. При пункционной биопсии получено подтверждение наличия рака молочной железы, а также высокий уровень рецепторов к эстрогену и прогестерону в опухоли и отсутствие гиперэкспрессии HER2/neu. В анамнезе у больной лимфогранулематоза с поражением загрудных лимфатических узлов, по поводу которого она получала химиолучевое лечение.

Задания

1. Определите объем обследования для определения стадии заболевания.
2. Какой объем оперативного вмешательства будет предложен этой пациентке и почему?
3. Какая системная терапия может быть предложена этой пациентке, если у нее нет метастазов в подмышечные лимфатические узлы?

Ответ:

1. Кроме уже выполненной маммографии необходимо:
 - УЗИ региональных зон метастазирования (подмышечные, подключичные, надключичные)
 - Рентгенография органов грудной клетки

- УЗИ печени
 - Сцинтиграфия костей скелета
2. Этой пациентке показана радикальная мастэктомия, несмотря на малый размер опухоли и верхне-наружную локализацию. Причиной является наличие противопоказаний к органосохраняющей терапии, включающую лучевую терапию. В анамнезе у больного лимфогранулематоза с поражением внутригрудных лимфатических узлов, по поводу которого она уже получала лучевую терапию на область грудной клетки.
 3. С учетом наличия высокого уровня рецепторов гормонов и отсутствия метастазов в лимфатические узлы, больной в качестве системной терапии показана гормонотерапия (ингибиторы ароматазы или тамоксифен)

Задача №4

Больная Ж. 41 год, секретарь. Жалобы на уплотнение в левой молочной железе. Мать умерла от рака молочной железы. В анамнезе 10 аборт, детей нет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте левой молочной железы пальпируется уплотнение до 3х см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте левой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 3х см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: в обоих препаратах обнаружены атипические клетки. Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: рак левой молочной железы T1N1Mx, метастаз в подмышечный лимфоузел. Хирургическое лечение в объеме секторальной резекции молочной железы. Лучевая терапия молочной железы. Адьювантная ПХТ. Тамоксифен, если опухоль окажется гормоночувствительной.

Задача №5

Больная Ш. 50 лет. Жалобы на уплотнение в правой молочной железе. В анамнезе сахарный диабет, ожирение. Менструации с 11 лет. Пременопауза. Объективно: в верхненаружном квадранте правой молочной железы пальпируется уплотнение до 2х см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируется увеличенный лимфоузел до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами до 2,5х см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: папиллярная карцинома. Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак правой молочной железы. T2N1Mx, метастаз в подмышечный лимфоузел. Хирургическое лечение в объеме секторальной резекции молочной железы. Лучевая терапия молочной железы. Адьювантная ПХТ. Тамоксифен, если опухоль окажется гормоночувствительной.

Задача №6

Больная М. 43 лет. Жалобы на уплотнение в правой молочной железе. Менструации с 11 лет, регулярные. Имеет двое детей. Страдает гипотиреозом. Объективно: в верхненаружном квадранте правой молочной железы пальпируется уплотнение более 5 см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируются увеличенные лимфоузлы до 1,5 см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами 5х6 см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: протоковый рак. При УЗИ брюшной полости обнаружены очаговые образования в печени. Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак правой молочной железы. T3N1M1, метастаз в подмышечный лимфоузел. Метастазы в печень. Хирургическое лечение в объеме радикальной мастэктомии. ПХТ. Тамоксифен, если опухоль окажется гормоночувствительной.

Задача №7

Пациентка 64 лет поступила с жалобами на плотное безболезненное образование в правой молочной железе размером 3 см, которое она обнаружила при самообследовании 8 месяцев назад.

1. Поставьте предварительный диагноз?
2. Какие обследования надо сделать?

Ответ: 1. Рак молочной железы

1. Маммография, пункция опухоли, УЗИ регионарных лимфоузлов, УЗИ печени, рентген легких, сканирование костей скелета.

Задача №8

Больной 32 года, самостоятельно обнаружила опухоль в левой молочной железе. При обследовании по месту жительства выявлено: опухоль в молочной железе размером 1,5 см, при цитологическом заключении поставлен диагноз рак. При исследовании зон регионарного и отдаленного метастазирования данных за мтс не получено.

1. Назовите зоны регионарного и отдаленного метастазирования.
2. Поставьте стадию заболевания?
3. Определите тактику лечения.

Ответ: 1 Регионарные метастазы - подмышечные, под- и надключичные, парастернальные лимфоузлы.

2. T1N0M0, 1 стадия
3. Радикальная резекция молочной железы

Задача №9

Больная 25 лет, жалобы на уплотнение, боли в молочных железах и увеличение желез в размерах. Данная симптоматика появляется перед менструацией в течение последних 6 месяцев.

- 1.Поставьте предварительный диагноз?
- 2.Какие обследования надо провести?

Ответ: 1. Диффузная мастопатия

2. Пальпацию и УЗИ молочных желез

Задача №10

Больной 85 лет, жалобы на плотное безболезненное образование в левой молочной железе, которое пальпируется на протяжении 5 лет. К врачам не обращалась? При осмотре в верхнее-наружном квадранте левой молочной железы плотное, бугристое образование без четких контуров размером 3 см. В левой подмышечной области плотный, увеличенный, подвижный, безболезненный лимфоузел. При сканировании костей скелета накопление радиофармпрепарата в головке бедренной кости.

- 1.Какие обследования надо провести?
- 2.Поставьте стадию заболевания?
- 3.Определите план лечения?

Ответ: 1 Маммография, пункция опухоли, УЗИ регионарных лимфоузлов, УЗИ печени, рентген легких, сканирование костей скелета.

2. T2N1M1, 4 стадия
3. Гормонотерапия

Задача №11

Больная 50 лет, жалобы на кровянистые выделения из сосков.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. План обследования?
3. Основной метод лечения?

Ответ: 1 Внутрисекреторные папилломы

2. Дуктография, цитологическое исследование выделений
3. Хирургический

Задача №12

Больная 56 лет, страдает сахарным диабетом. В течение 2 недель правая молочная железа гипертрофирована, отечна, сосок втянут.

1. Ваш предварительный диагноз?
2. Определите алгоритм диагностики?
3. С чего надо начать лечение данной больной?

Ответ: 1. Отечно-инфильтративная форма рака молочной железы

2. Маммография, трепанбиопсия, УЗИ регионарных лимфоузлов, УЗИ печени, рентген легких, сканирование костей скелета, определение рецепторов стероидных гормонов и Her-2/neu.

3. С химиотерапии

Задача №13

У больной 40 лет рак правой молочной железы T2 N0M0.

Определите варианты возможного лечения?

Ответ: Радикальная мастэктомия + хт или резекция молочной железы + лт + хт

Задача №14

У больной 60 лет обнаружена опухоль в левой молочной железе 4 см, конгломерат лимфатических узлов в левой подмышечной области. В зонах отдаленного метастазирования данных за мтс не получено.

1. Назовите зоны отдаленного метастазирования и методы их обследования?
2. Поставьте стадию заболевания?
3. Определите тактику лечения?

Ответ: 1. Легкие - рентген, печень - УЗИ, кости - сканирование.

2. T2N2M0, 3в стадия.

3. хт + радикальная мастэктомия + лт + хт

Задача №15

У больной 47 лет язва в области соска правой молочной железы, которая наблюдается в течение 2 лет.

1. Ваш диагноз?
2. Алгоритм обследования?
3. План лечения?

Ответ: 1. Рак Педжета

2. Маммография, пункция опухоли, УЗИ регионарных лимфоузлов, УЗИ печени, рентген легких, сканирование костей скелета.

2. Радикальная мастэктомия + лт + хт

Задача №16

У больной 64 лет правая молочная железа за последние 3 месяца резко увеличилась в размере, стала плотной и бугристой, но безболезненной. Кожа железы не изменена.

1. Каков предварительный диагноз?
2. Составьте план обследования.

Ответ: 1. Злокачественная листовидная опухоль

2. Маммография, пункция опухоли, УЗИ регионарных лимфоузлов, УЗИ печени, рентген легких, сканирование костей скелета.

Задача №17

У больной 70 лет правая молочная железа за последние 6 месяцев уменьшилась в размере в два раза. Стала плотной, как «камень». Из-за боли в бедре появилась хромота.

1. Поставьте предварительный диагноз?

2. Определите план обследования?

Ответ: 1. Панцирный рак молочной железы

2. Маммография, трепанбиопсия, УЗИ регионарных лимфоузлов, УЗИ печени, рентген легких, сканирование костей скелета, определение рецепторов стероидных гормонов и Her-2/neu.

Задача №18

У больной 18 лет пальпируется круглое эластичное образование в молочной железе.

1. Поставьте диагноз?

2. Какие исследования надо провести для его уточнения?

Ответ: 1. Киста

2. УЗИ молочной железы

РАК ЛЕГКОГО

Задача №1

Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. РКТ головного мозга - без патологии. Диагноз? Тактика лечения?

Ответ: центральный рак промежуточного правого бронха. Ателектаз нижней доли справа. Плеврит. Тактика лечения: плевральная пункция в 6 межреберье справа по средней лопаточной линии. Анализ плевральной жидкости на наличие атипических клеток. Томография главного и промежуточного бронха справа.

Задача №2

Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа - без патологии, слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Диагноз? Тактика лечения?

Ответ: периферический рак в нижней доли левого легкого. Чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата.

Задача №3

Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление пер-

куторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак.

Диагноз? Какую лечебную манипуляцию необходимо выполнить больному? Тактика обследования больного?

Ответ: Центральный рак правого легкого. Ателектаз нижней доли справа. Плеврит. Плевральная пункция в 6 межреберье справа по средней лопаточной линии. КТ легких. УЗИ органов брюшной полости. Сканирование костей скелета.

Задача №4

Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Диагноз? Тактика обследования?

Ответ: Периферический рак нижней доли левого легкого. Чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата. УЗИ брюшной полости. Бронхоскопия. Сканирование костей скелета.

Задача №5

Больная Ш. 51 год, курит 20 лет. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3-х см в диаметре. Имеется поражение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Выполнена чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика.

Ответ: Периферический рак нижней доли правого легкого. Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия.

Задача №6

Больной Б. 57 лет, курит 37 лет. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: слева в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 5 см в диаметре. Имеется поражение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Выполнена чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика.

Ответ: Периферический рак нижней доли левого легкого. Хирургическое лечение в объеме левосторонней лобэктомии. Лучевая терапия.

Задача №7

Больной Е. 62 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, снижение работоспособности, сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 6 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Диагноз? Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза? Лечебная тактика.

Ответ: Периферический рак нижней доли правого легкого. Метастазы в печень. Чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия. Химиотерапия.

Задача №8

Больной Х. 63 лет, рабочий никельной промышленности. Жалобы: на слабость, боли в верхней части плеча с распространением на локтевую поверхность, охриплость голоса, опущение верхнего века, слабость мышц кисти. Объективно: обращает на себя внимание наличие синдрома Горнера, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: справа в пределах верхней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3 см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии.

Диагноз? Какое исследование необходимо провести для верификации диагноза? Лечебная тактика.

Ответ: Рак верхушки правого легкого (Рак Пенкоста). Метастазы в печень. Чрезкожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Хирургическое лечение в объеме правосторонней лобэктомии. Лучевая терапия. Химиотерапия.

Задача №9

Больной К. 59 лет. Жалобы на сухой кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку, слабость. Похудел за 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого, имеется увеличение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. КТ головного мозга - без патологии.

Диагноз? Тактика лечения?

Ответ: Центральный рак промежуточного правого бронха. Ателектаз нижней доли справа. Плеврит. Плевральная пункция. Хирургическое лечение в объеме пневмонэктомии справа. Лучевая терапия.

Задача №10

Больной Г. 65 лет. Жалобы на кровохарканье, боли в правом боку, одышку, слабость, утомляемость. В анамнезе: хронический бронхит, частые пневмонии. Объективно: больной пониженного

питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание в норме. Проведено цитологическое исследование мокроты: обнаружены атипичные клетки.

Предположительный диагноз? Каков план обследования? Предположите объем лечения.

Ответ: Центральный рак правого легкого. Рентгенологическое исследование органов грудной полости. Бронхоскопия, биопсия. УЗИ органов брюшной полости. Сканирование костей скелета. КТ, ангиография, лапароскопия по показаниям.

Хирургическое лечение в объеме правосторонней пневмонэктомии.

ОПУХОЛИ ПИЩЕВАРИТЕЛЬНОГО ТРАКТА

Рак пищевода. Рак желудка.

Задача №1

Больной В. 60 лет, шофер 40 лет. Курит 45 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 29 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: преимущественно экзофитный рак средней трети пищевода 2 ст. T2NXM0. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса.

Задача №2

Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастриальной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль, доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника. Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: рак верхней трети желудка, преимущественно экзофитной формы роста. Хирургическое лечение. Операция типа Герлока. Проксимальная субтотальная резекция желудка и нижней трети пищевода.

Задача №3

Больная Е. 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течение 15 лет. Жалобы на боли в эпигастриальной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищи. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе - патологии не выявлено. В нижней трети желудка имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет

сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника. Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: рак нижней трети желудка, преимущественно инфильтративной формы роста. Хирургическое лечение в объеме субтотальной дистальной резекции желудка.

Задача №4

Больной К. 74 лет, хирург. Жалобы на похудание, снижение аппетита, затруднение глотания. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается незначительная болезненность в эпигастриальной области. Рентгенологически: сужение просвета верхней трети желудка с переходом на розетку кардии. ЭГДС: слизистая верхней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, отмечается сужение розетки кардии, инфильтрации распространяется на пищевод. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, забрюшинных лимфоузлов не выявлено. Диагноз? Тактика лечения?

Ответ: Рак верхней трети желудка. Стеноз кардиального отдела. Хирургическое лечение в объеме гастрэктомии.

Задача №5

Больной К. 65 лет. Курит 40 лет. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 3 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: патологии не выявлено.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: экзофитный рак средней трети пищевода 2 ст. T2NXM0. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса. Лучевая терапия.

Задача №6

Больной Б. 60 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Отец умер от рака пищевода. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Экзофитный рак средней трети пищевода. Метастазы в печень. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса. Лучевая терапия. Химиотерапия.

Задача №7

Больной Н. 62 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в пищеводе в нижней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в нижней трети пищевода по задней стенке имеется опухолевое образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см, с преимущественно инфильтративным ростом. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре. При пункции: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Инфильтративный рак нижней трети пищевода. Метастазы в печень. Показано хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса. Лучевая терапия. Химиотерапия.

Задача №8

Больная Н. 62 лет. В анамнезе: системная склеродермия. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи. За последние 4 месяца похудела на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, на всем протяжении пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: на всем протяжении пищевода по задней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,5 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Тотальный инфильтративный рак пищевода. Показано хирургическое лечение в объеме экстирпации пищевода и пластики.

Задача №9

Больная Т. 68 лет. В анамнезе: химический ожог пищевода. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи, усиленное слюноотделение, рвоту. За последние 4 месяца похудела на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, на всем протяжении пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: на всем протяжении пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,5 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Тотальный инфильтративный рак пищевода. Показано хирургическое лечение в объеме экстирпации пищевода и пластика желудочным стеблем. Лучевая терапия.

Задача №10

Больная К. 67 лет. В анамнезе: синдром Платтера-Винсона. Жалобы на затруднение глотания жидкой пищи, усиленное слюноотделение, рвоту. За последние 3 месяца похудела на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в верхнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в верхнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,3 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак верхнегрудного отдела пищевода. Хирургическое лечение в объеме экстирпации пищевода и пластика желудочным стеблем. Лучевая терапия.

Задача №11

Больной М. 67 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи, усиленное слюноотделение, охриплость голоса, слабость, похудание. За последние 3 месяца похудел на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в верхнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в верхнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,3 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак верхнегрудного отдела пищевода. Хирургическое лечение в объеме экстирпации пищевода и пластика желудочным стеблем. Лучевая терапия.

Задача №12

Больной Л., 69 лет. В анамнезе: пептические язвы пищевода. Жалобы на боль за грудиной, изжогу, усиленное слюноотделение, слабость, похудание, затрудненное глотание. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в средне- и нижнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средне- и нижнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак средне- и нижнегрудного отдела пищевода. Хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса. Лучевая терапия.

Задача №13

Больной Н., 70 лет. В анамнезе: ахалазия пищевода. Жалобы на боли за грудиной, чувство полноты за грудиной при приеме пищи, усиленное слюноотделение, слабость, затрудненное глотание. Объективно: больной астенического телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий безболезненный.

ный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии, в средне- и нижнегрудном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, неровность контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средне- и нижнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак средне- и нижнегрудного отдела пищевода. Хирургическое лечение в объеме субтотальной резекции пищевода и пластики. Операция типа Льюиса. Лучевая терапия.

Задача №14

Больной Ф. 40 лет, механик. В анамнезе: в течении 8 лет лечился по поводу язвенной болезни желудка. Похудел за последние 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При обследовании: в легких - без патологии; пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой оболочки. Гастроскопия: пищевод без патологии, по малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль, достигающая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак верхней трети желудка. Хирургическое лечение: проксимальная субтотальная резекция желудка и нижней трети пищевода.

Задача №15

Больная Н. 53 лет. Мать, бабушка умерли от рака желудка. В анамнезе: хронический анацидный гастрит. Жалобы на боли в эпигастриальной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищи. Похудела за последние 3 месяца на 12 кг. При рентгеноконтрастном исследовании желудка обнаружено, что в нижней его трети имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой, ригидность стенок в зоне поражения. ЭГДС: пищевод без патологии, в желудке признаки атрофии слизистой оболочки, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети, имеется застойное содержимое. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак нижней и средней трети желудка, преимущественно инфильтративной формы роста. Хирургическое лечение: в объеме гастрэктомии, спленэктомии.

Задача №16

Больная К. 34 лет. Мать, бабушка умерли от рака желудка. Жалобы на боли в эпигастриальной области, рвоту съеденной пищей, увеличение живота в объеме. Похудела за последние 2 месяца на 12 кг. При ЭГДС и рентгеноконтрастном исследовании желудка и пищевода установлено наличие опухоли, инфильтрирующей слизистую желудка по большой и малой кривизне на всем протяжении от кардиального жома до привратника. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: имеется свободная жидкость в брюшной полости, по брюшине определяются очаги инфильтрации до 1 см в диаметре.

Диагноз? Стадия? Лечебная тактика?

Ответ: Тотальный рак желудка. Асцит. IV стадия. Паллиативная операция в объеме гастрэктомии. Химиотерапия.

Задача №17

Больной Р. 72 лет. В анамнезе: хронический атрофический гастрит. Жалобы на слабость, похудание, боли в эпигастральной области, затруднение глотания. Похудел за последние 2 месяца на 10 кг. При ЭГДС: в желудке признаки атрофии слизистой оболочки, в верхней трети слизистая инфильтрирована по большой кривизне до средней трети, имеется инфильтрация розетки карди. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак верхней и средней трети желудка с переходом на розетку кардии. Стеноз кардиального отдела желудка. Хирургическое лечение: в объеме гастрэктомии, спленэктомии.

Задача №18

Больная В. 62 лет, профессор орнитологии. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области. Похудела за 3 месяца на 13 кг. Объективно: увеличены надключичные лимфоузлы слева, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно - дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12 п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в печени имеется 3 округлых образования, без четких границ, размерами до 2 см в диаметре, забрюшинное пространство без очаговых образований, в брюшной полости определяется свободная жидкость.

Диагноз? Стадия. Лечебная тактика?

Ответ: Рак нижней трети желудка с переходом на луковицу 12 п.к. Метастазы в печень, асцит. Метастазы Вирхова. IV стадия. Хирургическое лечение паллиативное: в объеме гастрэктомии. Химиотерапия.

Задача №19

Больная В. 62 лет, профессор орнитологии. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области. Похудела за 3 месяца на 13 кг. Объективно: увеличены надключичные лимфоузлы слева, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно - дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области.

Предположительный диагноз? Объем обследования.

Ответ: Рак желудка. Метастазы Вирхова. IV стадия. ЭГДС, рентгеноконтрастное исследование желудка и пищевода. Рентген органов грудной клетки. УЗИ органов брюшной полости.

Задача №20

Больной Щ. 41 лет. В анамнезе: в течении 5 лет лечился по поводу язвенной болезни желудка, анемии. Похудел за последние 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При обследовании: в легких - без патологии; пищевод не изменен, в нижней трети желудка по малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой оболочки. ЭГДС: пищевод без патологии, по малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль, доходящая до привратника, при пальпации кровоточит. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника, очаги инфильтрации по брюшине.

Диагноз? Лечебная тактика? Какое необходимо дополнительное исследование провести в данном случае?

Ответ: Рак нижней трети желудка. Канцероматоз брюшины? Хирургическое лечение: дистальная субтотальная резекция желудка. Лапароскопия.

Рак ободочной кишки. Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны.

Задача №1

Больной Л. 55 лет, механик. Мать умерла от рака желудка. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли внизу живота. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в сигмовидной кишке сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в сигмовидной кишке просвет сужен за счет инфильтрации. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: обнаружено опухолевое поражение сигмовидной кишки, печень, почки без патологии. Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: рак сигмовидной кишки 3 ст. Хирургическое лечение. Резекция сигмовидной кишки, послеоперационная химиотерапия.

Задача №2

Больной А. 56 лет, профессор истории. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастриальной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастриальной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12 п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: в печени в области 7 сегмента имеется округлое образование, без четких границ, в головке поджелудочной железы определяется объемное образование 3х3 см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл.

Диагноз? Тактика лечения?

Ответ: Рак головки поджелудочной железы. Прорастание луковицы 12 п.к. T4NxM1. Хирургическое лечение. ГПДР. ПХТ.

Задача №3

Больной Н. 70 лет. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастриальной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище, за последние две недели отметил желтушность кожи, зуд. Похудел за 2 месяца на 9 кг. В анамнезе хронический панкреатит. Объективно: кожные покровы и склеры желтушны, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастриальной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, отмечается сдавление общего желчного протока, поджелудочная железа неоднородной структуры, отечна, вирсунгов проток расширен, в области головки поджелудочной железы определяется объемное образование 3х4 см; в брюшной полости свободная жидкость; забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: определяется объемное образование в области головки поджелудочной железы, размерами 3х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 700 Ед/мл. Диагноз? Тактика лечения?

Ответ: Рак головки поджелудочной железы. Асцит. T2NxM1. Хирургическое лечение. ГПДР. ПХТ.

Задача №4

Больной А. 69 лет, слесарь. Злоупотребляет алкоголем. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадирующие в спину, отвращение к пище. Похудел за 2 месяца на 8 кг. В анамнезе хронический панкреатит, страдает тромбофлебитом. Без эффекта лечился по поводу язвенной болезни желудка. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, в области тела поджелудочной железы определяется объемное образование 4х4см, структура поджелудочной железы неоднородная, отечна, забрюшинное пространство без особенностей. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование в головке поджелудочной железы, размерами 4х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 654 Ед/мл. Диагноз? Тактика лечения?

Ответ: Рак головки поджелудочной железы. T2NxM0. Хирургическое лечение. ГПДР.

Задача №5

Больной А. 60 лет, рабочий в области резиновой промышленности. Жалобы на тошноту, боли в эпигастральной области, отвращение к пище. В анамнезе желчно-каменная болезнь. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ, РКТ органов брюшной полости: в области 4 и 5 сегментах печени отмечаются 3 очаговых образования размерами от 1 до 1,5 см с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, стенка желчного пузыря инфильтрирована, в просвете определяется объемное образование 2 см в диаметре. Положительны маркеры: СА 19-9, щелочная фосфатаза. Диагноз? Тактика лечения?

Ответ: Рак желчного пузыря. T2NxM0. Метастазы в печень. Хирургическое лечение. Расширенная холецистэктомия.

Задача №6

Больной Х. 56 лет, инженер. Отец умер от рака толстой кишки. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота, слабость. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в правой половине кишки просвет сужен за счет экзофитного образования, легкокровотокающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак правого отдела толстой кишки. Хирургическое лечение. Правосторонняя гемиколэктомия, послеоперационная химиотерапия.

Задача №7

Больной Р. 63 лет. Отец, брат умерли от рака толстой кишки. В анамнезе: семейный полипоз. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота, слабость. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в правой отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в правой половине кишки просвет сужен за счет экзофитного образования, размерами до 6 см в диаметре, легкокровотокающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в правой доле печени имеется очаг размерами 2см в диаметре, с нечетким контуром.

Диагноз? Лечебная тактика? Какое дополнительное исследование нужно провести больному?

Ответ: Рак правого отдела толстой кишки. Метастаз в печень. Хирургическое лечение. Правосторонняя гемиколэктомия, удаление солитарного метастаза печени, послеоперационная химиотерапия. Лапароскопия. Пункция метастатического очага печени.

Задача №8

Больная Р. 63 лет. В анамнезе: рак молочной железы. Жалобы на слабость, запоры, примеси слизи в кале, вздутие живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в левом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эдифитно-растущего новообразования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак нисходящего отдела толстой кишки. Хирургическое лечение. Левосторонняя гемиколэктомия, послеоперационная химиотерапия.

Задача №9

Больная К. 60 лет. В анамнезе: неспецифический язвенный колит. Жалобы на слабость, тошноту, иногда рвоту, тяжесть в животе, урчание, запоры. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в нисходящем отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эдифитно-растущего новообразования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в правой доле печени имеется очаг размерами 2 см в диаметре, с нечетким контуром.

Диагноз? Лечебная тактика? Какое дополнительное исследование нужно провести больной?

Ответ: Рак нисходящего отдела толстой кишки. Хирургическое лечение. Левосторонняя гемиколэктомия, удаление солитарного метастаза печени, послеоперационная химиотерапия. Лапароскопия. Пункция метастатического очага печени.

Задача №10

Больной П. 62 лет. В анамнезе: семейный полипоз. Жалобы на периодические боли в правой половине живота, слабость, наличие опухолевидного образования в правой половине живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование размерами до 8 см в диаметре. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет восходящего отдела сужен за счет экзофитного бугристого образования (6 см в диаметре), легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак восходящего отдела толстой кишки. Хирургическое лечение. Правосторонняя гемиколэктомия, послеоперационная химиотерапия.

Задача №11

Больной А. 60 лет. В анамнезе: хронический колит. Жалобы слабость, наличие опухолевидного образования в правой половине живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование размерами до

7 см в диаметре. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет восходящего отдела сужен за счет экзофитного бугристого образования (6 см в диаметре), легкокровотокающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии. На рентгенограмме органов грудной полости обнаружены множественные очаги с нечеткими контурами в левом легком.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак восходящего отдела толстой кишки. Метастазы в левое легкое. Хирургическое лечение. Правосторонняя гемиколэктомия, послеоперационная химиотерапия.

Задача №12

Больной Т. 68 лет. Страдает наследственным полипозом. Жалобы на слабость, тошноту, тяжесть в животе, урчание, запоры. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в нисходящем отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет нисходящего отдела толстой кишки сужен за счет эндофитно-растущего новообразования, легкокровотокающего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости, по брюшине – множественные очаги от 0,5 до 1,5 см в диаметре.

Диагноз? Лечебная тактика? Какое дополнительное исследование нужно провести больному?

Ответ: Рак нисходящего отдела толстой кишки. Канцероматоз брюшины. Хирургическое лечение. Левосторонняя гемиколэктомия, послеоперационная химиотерапия. Лапароскопия.

Задача №13

Больной К. 71 года. Страдает наследственным полипозом. Жалобы на тошноту, тяжесть в животе, урчание, запоры, боли в животе. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не пальпируется. Ирригоскопия: в поперечном отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет поперечного отдела толстой кишки сужен за счет эндофитно-растущего новообразования, легкокровотокающего при пальпации. Гистологическое заключение: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости, по брюшине – множественные очаги от 0,5 до 1,5 см в диаметре, в печени 2 очага до 3 см в диаметре с нечеткими контурами.

Диагноз? Лечебная тактика? Какие дополнительные исследования нужно провести больному?

Ответ: Рак поперечного отдела толстой кишки. Канцероматоз брюшины. Метастазы в печень. Хирургическое лечение. Резекция поперечного отдела толстой кишки, послеоперационная химиотерапия. Лапароскопия. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки.

Задача №14

Больной Ж., 53 года. Страдает хроническим колитом. Жалобы нет. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, безболезненный, опухолевое образование не пальпируется. Пришел на контрольное обследование по поводу своего заболевания. При фиброколоноскопии в нисходящем отделе толстой кишки обнаружено экзофитно-растущее новообразование, размерами более 3 см, взята биопсия. Гистологическое заключение: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак нисходящего отдела толстой кишки. Хирургическое лечение: левосторонняя гемиколэктомия.

Рак прямой кишки.

Задача №1

Больной И. 65 лет, шофер, мать умерла от рака прямой кишки. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки (суживающий ее просвет). Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: экзофитный рак верхней и средней трети прямой кишки 3 ст.

Комбинированное лечение: предоперационная химиолучевая терапия, брюшно-промежностная резекция с низведением сигмовидной кишки.

Задача №2

Больная К. 65 лет, страдает геморроем 20 лет. В прошлом работник химкомбината в течении 45 лет. Жалобы на запоры, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудела на 8 кг. Объективно: невоспаленный геморрой. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологически: инфильтративный рак, низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: инфильтративный рак нижней и средней трети прямой кишки 3 ст. Комбинированное лечение: предоперационная внутриполостная лучевая терапия, брюшно-промежностная экстрэксия прямой кишки. Послеоперационная химиотерапия.

Задача №3

Больная Х., 65 лет. Жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак прямой кишки. Отдаленных метастазов не выявлено. Поскольку опухоль локализована в нижеампулярном отделе, принято решение о проведении комбинированного лечения: лучевая терапия + операция в объеме брюшно-промежностной экстирпации прямой кишки.

Каковы основные принципы реабилитации больного с колостомой (что должен знать больной, чтобы научиться управлять колостомой)?

Ответ: 1) дефекация должна быть в определенное время 1 раз день или 2 дня, 2) кал должен быть оформленным, 3) количество его малым или умеренным, 4) больной должен принимать пищу не более 3 раз в день в одно и то же время 5) соблюдать диету (учитывать, что продукты могут оказывать закрепляющий или слабительный эффекты), 6) прием газоадсорбентов и дезодорантов, 7) уход за колостомой (на кожу - цинковая паста, на слизистую - вазелиновое масло).

Рак печени.

Задача №1

Больной С. 60 лет. Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, желтушности кожи. В анамнезе гепатит В. Объективно: кожные покровы желтые, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, отмечается гепатомегалия. УЗИ, КТ

брюшной полости: 4,5,6 сегменты печени занимает объемное образование размерами 4х5 см в диаметре с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, асцит. Маркер: АФП 700 нг\мл. Гистологическое заключение: гепатоцеллюлярный рак.

Диагноз? Тактика лечения?

Ответ: Рак печени. T3NxM1. ПХТ. Селективная эмболизация печеночной артерии.

Задача №2

Больной И., 36 лет. В течение 4-х лет болен вирусным гепатитом С. При настоящем обследовании в правой доле печени, на фоне цирротических изменений. Определяется объемное образование до 7,0 см в диаметре. Определите диагностическую и лечебную тактику, назовите возможные варианты заболеваний.

Ответ: Предположительный клинический диагноз- первичный рак печени. Для определения тактики лечения (хирургическое или лекарственное лечение) показано дополнительное обследование: УЗИ или КТ брюшной полости, рентгеновское исследование легких, пункционная биопсия очага в печени, определение уровня опухолевых маркеров- АФП, РЭА, определение функциональной сохранности паренхимы печени с помощью радиоизотопных диагностических методов. При отсутствии других проявлений заболевания возможно выполнение операции в объеме правосторонней гемигепатэктомии.

Задача №3

Больной А., 45 лет. 2 года назад перенес резекцию сигмовидной кишки по поводу рака. При настоящем обследовании в проекции 5 и 8 сегментов печени определяется два опухолевых очага, максимальным размером до 5,0 см. Определите диагностическую и лечебную тактику.

Ответ: Колоректальное метастатическое поражение печени. Диагностические задачи- уточнение морфологической природы опухоли и распространенности опухолевого процесса. Необходимо выполнить пункционную аспирационную биопсию очага в печени, УЗИ и КТ брюшной полости, рентгеновское исследование легких, колоноскопию и определить уровень РЭА. При отсутствии других проявлений заболевания выполнения операции - правосторонней гемигепатэктомии.

Задача №4

Больной А., 68 лет. 2 года назад перенес переднюю резекцию прямой кишки по поводу рака. При настоящем обследовании в проекции 2, 5 и 8 сегментов печени определяется два опухолевых очага, максимальным размером до 5,0 см. Определите диагностическую и лечебную тактику.

Ответ: Колоректальное метастатическое поражение печени. Диагностические задачи- уточнение морфологической природы опухоли и распространенности опухолевого процесса. Необходимо выполнить пункционную аспирационную биопсию очага в печени, УЗИ и КТ брюшной полости, рентгеновское исследование легких, колоноскопию и определить уровень РЭА. При отсутствии других проявлений заболевания операция-правосторонняя гемигепатэктомия с резекцией или радиочастотной термоаблацией очага во втором сегменте печени.

ОПУХОЛИ КОСТЕЙ И МЯГКИХ ТКАНЕЙ

Задача №1

Больная Х., 23 лет. Жалобы на боли в левой ноге, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: в области латеральной поверхности средней трети левого бедра пальпируется опухолевидное образование, малоподвижное, каменистой плотности, размерами 5х6 см. Паховые лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, размерами от 1 до 2 см, безболез-

ненны. Больной выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ: опухоль располагается в средней трети бедренной кости, протяженностью до 6 см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ.

Ваш диагноз? Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Какова схема лечения?

Ответ: Остеогенная саркома левого бедра. T2N1M0. Открытая биопсия опухоли. Лечение: внутриартериальная ХТ, операция в объеме удаления кости с эндопротезированием, послеоперационная ПХТ.

Задача №2

Больной П., 19 лет. Жалобы на боли в правом плече, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: правое плечо обычной конфигурации, кожные покровы не изменены, при пальпации отмечается локальная болезненность в средней трети. Больному выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ, МРТ: опухоль располагается в средней трети плечевой кости, протяженностью до 5 см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

Ваш диагноз? Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Какова схема лечения?

Ответ: Саркома Юинга правого плеча. T2N1M1. Метастазы в правое легкое. Открытая биопсия опухоли. Лечение: внутриартериальная ХТ, лучевая терапия на опухоль, ПХТ.

Задача №3

Больной Е., 41 года. Жалобы на наличие опухолевидного образования в верхней трети левого бедра. Объективно: на латеральной поверхности верхней трети левого бедра определяется опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размерами 5х6 см, ограниченной подвижности, кожа над ним гиперемирована. Больному выполнено РКТ, МРТ, УЗИ: опухоль располагается в мягких тканях средней трети бедра, размерами до 5 см в диаметре, прорастания бедренной кости нет, выражен сосудистый компонент. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

Ваш диагноз? Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Какова схема лечения?

Ответ: Саркома мягких тканей бедра (ангиосаркома?). T1bN0M1. Открытая биопсия опухоли. Лечение: лучевая терапия на опухоль ХТ, операция - удаление метастазов в легких.

Задача №4

У пациента липосаркома забрюшинного пространства, опухоль до 15 см, низкой степени дифференцировки, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов.

- Какая стадия?
- Как классифицируются опухоль по глубине залегания?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Ответ:

- III стадия
- Глубокая
- 4-6 курсов химиотерапии по схеме: трабектидин, с последующим проведением оперативного лечения и решения вопроса о дальнейшей тактике лечения.

Задача №5

У больного 30 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома правого бедра, опухоль 6 см, высокой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

- Какая стадия?
- Как классифицируются опухоль по глубине залегания?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Ответ:

- IV стадия
- Глубокая
- 4-6 курсов химиотерапии по схеме: ифосфамид+доксорубицин, хирургическое лечение, послеоперационный курс дистанционной лучевой терапии, затем проведение 4-6 курсов химиотерапии.

Задача №6

У больного 50 лет ангиосаркома плеча, опухоль 8 см, низкой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

- Какая стадия?
- Как классифицируются опухоль по глубине залегания?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Ответ:

- III стадия
- Глубокая
- 4-6 курса химиотерапии по схеме: паклитаксел+доксорубицин, хирургическое лечение, послеоперационный курс дистанционной лучевой терапии, затем проведение 4-6 курсов химиотерапии.

Задача №7

У больного 39 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома бедра, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, имеются множественные метастазы в легкие.

- Какая стадия?
- Как классифицируются опухоль по глубине залегания?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Ответ:

- IV стадия
- Глубокая
- 4-6 курсов химиотерапии по схеме: ифосфамид+доксорубицин, хирургическое лечение первичной опухоли и метастазов в легкие.

Задача №8

У больного 40 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома голени, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки, опухоль располагалась над поверхностной фасцией. Регионарные лимфатические узлы не были поражены, отдаленных метастазов не было. Проведено хирургическое лечение голени, послеоперационный курс дистанционной лучевой терапии на голень. Через 6 месяцев выявлены метастазы в легкие.

- Какая была стадия?
- Как классифицировалась опухоль по глубине залегания?
- Какая СОД при проведении послеоперационного курса дистанционной лучевой терапии проводится в подобных случаях?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Ответ:

- ПА стадия
- Поверхностная
- СОД 50-66 Гр
- Хирургическое удаление метастазов из легких, 4-6 курсов химиотерапии по схеме: ифосфамид + доксорубин

Задача №9

У пациента остеосаркома бедра, опухоль до 7 см, низкой степени злокачественности, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов.

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении остеосаркомы конечности?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Ответ:

- I стадия
- До 60%
- 4-6 курсов химиотерапии, проведением радикального оперативного лечения и 4-6 курсов послеоперационной химиотерапии.

Задача №10

У больного 20 лет саркома Юинга плеча, опухоль 9 см, низкой степени дифференцировки. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении саркомы Юинга конечности?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Ответ:

- IIВ стадия
- До 68%
- 4-6 курсов химиотерапии, проведением радикального оперативного лечения или радикального курса дистанционной лучевой терапии, 4-6 курсов послеоперационной химиотерапии.

Задача №11

У больного 50 лет хондросаркома плеча, опухоль 8,5 см, низкой степени злокачественности. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при хирургическом лечении хондросаркомы конечности?
- Наиболее целесообразная тактика лечения.

Ответ:

- IV стадия
- До 60%
- Проведением радикального оперативного лечения

Задача №12

У больного 19 лет саркома Юинга крестца, опухоль 10 см, низкой степени дифференцировки. Регионарные лимфатические узлы не поражены, имеются множественные метастазы в легкие.

- Какая стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении саркомы Юинга с наличием метастазов в легкие?

- Тактика лечения.

Ответ:

- IV стадия
- До 20%
- 6 курсов химиотерапии, хирургическое лечение первичной опухоли и метастазов в легкие, проведение профилактического курса дистанционной лучевой терапии на легкие, затем проведение 6 курсов послеоперационной химиотерапии.

Задача №13

У больного 25 лет остеосаркома голени, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки, Регионарные лимфатические узлы не были поражены, отдаленных метастазов не было. Проведено 6 курсов предоперационной химиотерапии, хирургическое лечение, 6 курсов послеоперационной химиотерапии. Через 6 месяцев выявлен рецидив в голени и метастазы в легкие.

- Какая была стадия?
- Какова пятилетняя выживаемость при лечении остеосаркомы с наличием рецидива и метастазов в легкие?
- Тактика лечения.

Ответ:

- IIА стадия
- До 20%
- хирургическое лечение рецидивной опухоли и метастазов в легкие, затем проведение 6-9 курсов послеоперационной химиотерапии.

ЛИМФОМЫ Лимфогранулематоз.

Задача №1

Больная Р., 35 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38⁰ в течении нескольких дней подряд, ночную потливость, похудание, кожный зуд, наличие опухолевидного образования в области шеи. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный. В анализе крови: СОЭ 30 мм\ч, фибриноген 570 мг%, лимфоциты 27%.

Ваш предположительный диагноз? Каков объем обследования данной больной? Какие клетки обнаруживаются при гистологическом исследовании данного вида опухоли?

Ответ: Лимфогранулематоз. 1) пункция увеличенных лимфоузлов 2) рентген. органов грудной клетки 3) УЗИ, КТ органов брюшной полости 4) трепанобиопсия подвздошной кости, при необходимости - пункция печени. Многоядерные клетки Березовского-Штенберга и одноклеточные клетки Ходжкина.

Задача №2

Больной Г., 37 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38⁰ в течении нескольких дней подряд, кашель, одышку, боли за грудиной. В анамнезе: длительно лечился по поводу бронхита, антибиотикотерапия без эффекта. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, селезенка, печень не увеличены. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, фибриноген 600 мг%, лимфоциты 17%.

Ваш предположительный диагноз?

Какую манипуляцию необходимо выполнить для морфологической верификации болезни? Что является морфологическим субстратом данного вида опухоли?

Ответ: Лимфогранулематоз. 1) пункция увеличенных лимфоузлов 2) трепанобиопсия подвздошной кости. Субстратом является полиморфноклеточная гранулема.

Задача №3

Больной Б., 36 лет. Жалуется на боли в животе, преимущественно в области поясницы, чаще возникающие ночью, отеки нижних конечностей. Обследован гастроэнтерологом: патологии желудочно-кишечного тракта не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены увеличенные парааортальные лимфоузлы, спленомегалия. При РКТ органов малого таза: увеличенные подвздошные лимфоузлы. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, лимфопения.

Ваш предположительный диагноз? Какова ваша схема лечения данного больного?

Ответ: Лимфогранулематоз. II стадия Лечение: 1) ПХТ 2-3 цикла, 2)облучение зон исходного поражения, 3) ПХТ 2-3 цикла.

Задача №4

У больной 20 лет лимфомы Ходжкина, нодулярный склероз, Ia стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области, факторы риска не выявлены.

- Имеются ли у данной больной симптомы интоксикации?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Ответ:

- Нет
- К благоприятной
- 2-4 курса химиотерапии по схеме: ABVD, с последующим проведением лучевой терапии на зону исходного поражения СОД 30-36 Гр.

Задача №5

У больного 30 лет ЛХ, смешанно-клеточный вариант IIв стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области и средостения, без других факторов риска.

- Имеются ли у данной больной симптомы интоксикации?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Ответ:

- Да
- К промежуточной группе прогноза
- 4-6 курсов химиотерапии по схеме: ABVD, с последующим проведением лучевой терапии на зону исходного поражения СОД 30-36 Гр.

Задача №6

У больного 28 лет ЛХ, смешанно-клеточный вариант IIв стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области и средостения, индекс массы тела более 0,33.

- Имеются ли у данной больной симптомы интоксикации?
- Имеются ли дополнительные факторы риска?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Ответ:

- Да
- Да, у больного массивное поражение средостения
- К неблагоприятной группе прогноза
- 8 курсов химиотерапии по схеме: BEACOPP, с последующим проведением лучевой терапии на зону исходного поражения СОД 30-36 Гр.

Задача №7

У больной 58 лет ЛХ, вариант лимфоидное истощение с поражением лимфоузлов правой надключичной области и локальным поражением печени.

- Какая стадия?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Ответ:

- Четвертая
- К неблагоприятной группе прогноза
- 8 курсов химиотерапии по схеме: ВЕАСОРР, с последующим проведением лучевой терапии на зону исходного поражения СОД 30-36 Гр.

Задача №8

У больного 31 года ЛХ, вариант лимфоидное истощение с поражением лимфоузлов области средостения и локальным до 1 см, единичным очагом в правом легком. Предъявляет жалобы на ночной профузный пот.

- Какая стадия?
- К какой группе прогноза относится?
- Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Ответ:

- ПВ E pulm. Вторая стадия – так как имеется поражение л/узлов средостения и локальное поражение легкого, которое определяется записью в диагнозе - E pulm.
- К неблагоприятной группе прогноза
- 8 курсов химиотерапии по схеме: ВЕАСОРР, с последующим проведением лучевой терапии на зону исходного поражения СОД 30-36 Гр.

Задача №9

Больная М., 30 лет, 2 года назад обратилась к участковому врачу в связи с увеличением до 2 см в диаметре лимфоузла в правой надключичной области. Незадолго до этого перенесла ОРВИ. Врач не назначил никаких дополнительных исследований, рекомендовал спиртовые компрессы. Через полгода у больной в этом же месте появились еще два плотных лимфоузла размерами 1,5х2,0 см, а в надключичной области слева появился лимфоузел такого же размера.

Врач поликлиники снова назначил тепловые процедуры и антибиотики. Лимфоузлы сначала незначительно уменьшились в размерах, затем снова увеличились до 2,0-3,0 см в диаметре.

Больная решила больше к врачам не обращаться, самочувствие оставалось удовлетворительным. Через 2 года внезапно поднялась температура до 38,5-39,0°C ежедневно, не снижалась от применения антибиотиков. По ночам отмечалась обильная потливость. Периодически отмечала кожный зуд. При ходьбе несколько раз отмечала колющие боли в левом подреберье. Во время врачебного осмотра на этот раз были выявлены увеличенные немногочисленные плотные лимфоузлы (не менее 3 см в диаметре) в обеих шейно-надключичных областях. При пальпации селезенка выступала на 4 см из-под края реберной дуги.

Вопросы:

1. Какой диагноз можно предположительно поставить больной?
2. Какие дополнительные методы исследования необходимы?
3. Можно ли считать проявлениями одного и того же заболевания симптомы, возникшие 2 года назад и появляющиеся в дальнейшем? Что можно сказать о характере течения болезни, какие клинические стадии заболевания можно отметить у больной за время трех ее обращений к врачу в течение 2-х лет?

Ответы:

На основании развившейся через 2 года картины прежде всего можно предположить лимфому Ходжкина, хотя в начале болезни увеличенные лимфоузлы с одинаковой вероятностью можно было отнести к другим лимфопролиферативным заболеваниям, метастазу рака, туберкулезу и пр. Основной диагностический метод – биопсия лимфоузла с последующим иммуногистохимическим исследованием опухолевой ткани. Дополнительные методы исследования – рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография, УЗКТ, радиоизотопное исследование лимфатической системы, трепанобиопсия подвздошной кости и пр.

Описываемый случай демонстрирует динамику болезни от IА стадии (начальной) к IIIБ (генерализованной, с интоксикацией) в течение 2-х лет. Лечение больной 2 года назад могло, несомненно, привести к длительной ремиссии (если не к полному излечению), лечение в IIIБ стадии может иметь определенный успех, но не дает надежды на радикальную помощь больной, прогноз в этой стадии несравненно хуже.

Неходжкинские лимфомы (Лимфосаркомы).

Задача №1

К участковому терапевту обратилась пациентка Н, 30 лет с жалобами на увеличение подмышечных, паховых лимфоузлов с обеих сторон. За последние 6 месяцев пациентка похудела на 10 кг, отмечает вечерний подъем температуры тела до 38 С, повышенную ночную потливость. При осмотре: выраженная астения, подмышечные и паховые лимфоузлы резко увеличены, малоподвижны, безболезненны.

Вопросы: 1. Какое заболевание можно предположить у данной пациентки на основании данных анамнеза и осмотра? 2. Какие диагностические мероприятия могут подтвердить диагноз?

Ответы: 1. Неходжкинская лимфома (бластный вариант). 2. Диагностическая пункционная аспирационная биопсия, открытая биопсия лимфоузлов с забором материала для гистологического исследования, общий и биохимический анализ крови.

Задача №2

В отделение гематологии областной больницы поступила пациентка Д., 45 лет с диагнозом: неходжкинская лимфома, 2 стадия, небластный вариант. Диагноз подтвержден гистологическим исследованием с иммунофенотипированием.

Вопросы: 1. От каких факторов зависит дальнейшее лечение пациентки? 2. Приведите схему химиотерапию используемую в данном случае?

Ответы: 1. Возраст, стадия заболевания, активность ЛДГ сыворотки крови, общее состояние больного, наличие экстранодальных очагов поражения. 2. ЦОП-циклофосфамид, винкристин, преднизолон.

Задача №3

В отделение гематологии городской больницы поступила пациентка И., 28 лет, с жалобами на увеличение всех групп периферических лимфоузлов, похудание за 3 месяца на 8 кг, общую слабость, повышение температуры тела к вечеру до 38,5 С, ночные поты. При осмотре: все группы периферических лимфоузлов увеличены в размерах, астения, кожные покровы и видимые слизистые незначительно эктеричны.

Вопросы: 1. Какое заболевание можно предположить у пациентки? 2. Как подтвердить правильность диагноза? 3. Какой режим химиотерапии назначают при таком варианте течения заболевания?

Ответы: 1. Неходжкинская лимфома, бластный вариант. 2. Гистологическое исследование с иммунофенотипированием опухоли. 3. АЦОП: доксорубицин, циклофосфамид, винкристин, преднизолон.

ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫЕ ОПУХОЛИ ЖЕНСКИХ ПОЛОВЫХ ОРГАНОВ

Рак шейки матки. Рак тела матки. Рак яичников.

Задача

№1

Больная К.Т.М. - 70 лет, считает себя больной с декабря 2008 года, когда впервые отметила появление кровянистых выделений из половых путей на фоне менопаузы. В январе 2009 года больную госпитализировали. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободны.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответ к задаче №1. А) рак тела матки, Б) тщательный анализ анамнеза, двуручное гинекологическое исследование, включая ректовагинальный осмотр, цитологическое исследование аспирата из полости матки, УЗИ, КТ, МРТ, гистероскопия и гистологическое исследование материала, полученного при раздельном диагностическом выскабливании матки, определение содержания опухолевого маркера СА – 125. В) хирургический.

Задача

№2

У больной К.Л.Г. – 50 лет появились жалобы на кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы. По месту жительства выполнили раздельное диагностическое выскабливание. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные. Выполнили операцию в объеме - экстирпация матки с придатками. Гистологическое заключение: шейка матки выстлана многослойным плоским и цилиндрическим эпителием. В эндометрии разрастание умереннодифференцированной эндометриоидной аденокарциномы с плоскоклеточной метаплазией, с инвазией в миометрий до 5 мм (менее толщины миометрия). Яичники и маточные трубы с признаками возрастной инволюции. Сформулируйте заключительный диагноз, стадию? У данной больной метастазы не обнаружены. Ответ к задаче №2. Рак тела матки T1bN0M0 или IB стадия.

Задача

№3

Больная К.В.Л. 70 лет предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей последние 3 месяца на фоне 20-летней менопаузы. При гинекологическом осмотре: женские половые органы развиты правильно. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Тело матки увеличено до 7-8 недель беременности. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответ к задаче №3. А) рак тела матки, Б) тщательный анализ анамнеза, двуручное гинекологическое исследование, включая ректовагинальный осмотр, цитологическое исследование аспирата из полости матки, УЗИ, КТ, МРТ, гистероскопия и гистологическое исследование материала, полу-

ченного при раздельном диагностическом выскабливании матки, определение содержания опухолевого маркера СА – 125. В) хирургический.

Задача

№4

У больной И.Е.Д. 60 лет, появились боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободные. Произведено раздельное диагностическое выскабливание. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Выполнена операция в объеме экстирпация матки с придатками. Результат гистологического исследования: высокодифференцированная аденокарцинома, прорастающая более ? толщи миометрия. А) Сформулируйте заключительный диагноз, стадию? Б) Ваши рекомендации? У данной больной метастазы не обнаружены.

Ответ к задаче №4. А) Рак тела матки T1cN0M0 или IC стадия. Б) рекомендована лучевая терапия

Задача

№5

Больная И.Н.Я. 47 лет предъявляет жалобы на ациклические кровянистые выделения из половых путей, боли внизу живота, слабость. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменены. Тело матки увеличено в размерах за счет миоматозных узлов. Придатки с обеих сторон не определяются. Своды глубокие, параметрии свободные. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответ к задаче №5. А) рак тела матки, Б) тщательный анализ анамнеза, двуручное гинекологическое исследование, включая ректовагинальный осмотр, цитологическое исследование аспирата из полости матки, УЗИ, КТ, МРТ, гистероскопия и гистологическое исследование материала, полученного при раздельном диагностическом выскабливании матки, определение содержания опухолевого маркера СА – 125. В) хирургический.

Задача

№6

Больная Т.Н.В. 42 лет, предъявляет жалобы на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. В зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, деформирована опухолью до 4 см в диаметре. Тело матки не увеличено. Придатки с обеих сторон без особенностей. Параметрии свободные, своды глубокие. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответ к задаче №6. А) рак шейки матки, Б) тщательный анализ анамнеза, бимануальное ректовагинальное исследование и цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса, кольпоскопия, выскабливание цервикального канала, биопсия шейки матки, конизация шейки матки. Для уточнения распространенности опухоли проводят: УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; рентгенографию грудной клетки, цистоскопию, ректороманоскопию, КТ, МРТ, экскреторная урография, сцинтиграфия почек, рентгенография костей, рентгеноконтрастные исследования ЖКТ, В) хирургический.

Задача №7

Больная Т.Н.И. 59 лет. Жалоб нет. При проф. осмотре взяты мазки на онкоцитологию с шейки матки. Заподозрен рак шейки матки. А) Какие методы диагностики нужно применить для уточнения диагноза? Б) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответ к задаче №7. А) тщательный анализ анамнеза, бимануальное ректовагинальное исследование и цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса, кольпоскопия, выскабливание цервикального канала, биопсия шейки матки, конизация шейки матки. Для уточнения распространенности опухоли проводят: УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; рентгенографию грудной клетки, цистоскопию, ректороманоскопию, КТ, МРТ, экскреторная урография, сцинтиграфия почек, рентгенография костей, рентгеноконтрастные исследования ЖКТ, Б) хирургический.

Задача №8

Больная Т.Л.А. 39 лет предъявляет жалобы на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Анамнез: в течение 3-х лет стояла ВМС. Стали беспокоить ациклические кровянистые выделения из половых путей, в связи с чем ВМС удалили. Затем провели противовоспалительное лечение. Через месяц вновь установили ВМС. Через три месяца появились контактные кровянистые выделения из половых путей. Через месяц ВМС удалили. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки несколько гипертрофирована, слизистая ее не изменена. При пальпации шейка матки эластичная. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае? Ответ к задаче №8. А) рак шейки матки, Б) тщательный анализ анамнеза, бимануальное ректовагинальное исследование и цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса, кольпоскопия, выскабливание цервикального канала, биопсия шейки матки, конизация шейки матки. Для уточнения распространенности опухоли проводят: УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; рентгенографию грудной клетки, цистоскопию, ректороманоскопию, КТ, МРТ, экскреторная урография, сцинтиграфия почек, рентгенография костей, рентгеноконтрастные исследования ЖКТ, В) хирургический.

Задача

№9

Больная Т.Р.М. 51 года. В течение последних 2-х месяцев предъявляет жалобы на повышенную утомляемость, водянистые бели из половых путей и контактные кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки раздута, плотная, слизистая оболочка темно-багрового цвета. При пальпации шейка матки ригидная. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае? Ответ к задаче №9. А) рак шейки матки, Б) тщательный анализ анамнеза, бимануальное ректовагинальное исследование и цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса, кольпоскопия, выскабливание цервикального канала, биопсия шейки матки, конизация шейки матки. Для уточнения распространенности опухоли проводят: УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; рентгенографию грудной клетки, цистоскопию, ректороманоскопию, КТ, МРТ, экскреторная урография, сцинтиграфия почек, рентгенография костей, рентгеноконтрастные исследования ЖКТ, В) хирургический.

Задача

№10

Больная Т.Н.Я. 35 лет, предъявляет жалобы на контактные кровянистые выделения и водянистые бели из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства.

Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки в виде мелкобугристых разрастаний, напоминает цветную капусту, покрыта темными корками. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответ к задаче №10. А) рак шейки матки, Б) тщательный анализ анамнеза, бимануальное ректовагинальное исследование и цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса, кольпоскопия, выскабливание цервикального канала, биопсия шейки матки, конизация шейки матки. Для уточнения распространенности опухоли проводят: УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; рентгенографию грудной клетки, цистоскопию, ректороманоскопию, КТ, МРТ, экскреторная урография, сцинтиграфия почек, рентгенография костей, рентгеноконтрастные исследования ЖКТ, В) хирургический.

Задача №11

Больная Т.В.И. 44 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость. При УЗИ органов малого таза обнаружено: увеличение левого яичника до 12 см, правого до 5 см. СА – 125 = 1595,0 МЕ/мл. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище рожавшей. Слизистая влагалища и шейки матки не изменена. Тело матки нормальных размеров. Слева от матки определяется образование до 12 см в диаметре, плотнoэластической консистенции, подвижное, справа определяется образование до 5 см в диаметре, подвижное. Параметрии свободные, своды глубокие. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваш алгоритм обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответы к задаче №11. А) Рак яичников, Б) физикальное исследование (пальпация живота, лимфатических узлов, гинекологическое исследование); общие анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма, ЭКГ; рентгенография грудной клетки; УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; доплеровское исследование вен нижних конечностей и подвздошных вен; определение уровней опухолевых маркеров в сыворотке: СА – 125, СА – 199, СА – 153, альфа-фетопротеина, раково-эмбрионального антигена, лактатдегидрогеназы; эзофагогастродуоденоскопия; ирригоскопия или колоноскопия, по показаниям – КТ, МРТ, экскреторная урография, сцинтиграфия почек, цистоскопия, лапароскопия, В) хирургический – экстирпация матки с придатками и удаление большого сальника, химиотерапия.

Задача

№12

Больная О.В.Г. 65 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость, увеличение живота в объеме. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваш алгоритм обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответы к задаче №12. А) Рак яичников, Б) физикальное исследование (пальпация живота, лимфатических узлов, гинекологическое исследование); общие анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма, ЭКГ; рентгенография грудной клетки; УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; доплеровское исследование вен нижних конечностей и подвздошных вен; определение уровней опухолевых маркеров в сыворотке: СА – 125, СА – 199, СА – 153, альфа-фетопротеина, раково-эмбрионального антигена, лактатдегидрогеназы; эзофагогастродуоденоскопия; ирригоскопия или колоноскопия, по показаниям – КТ, МРТ, экскреторная урография, сцинтиграфия почек, цистоскопия, лапароскопия, В) хирургический – экстирпация матки с придатками и удаление большого сальника, химиотерапия.

Задача

№13

Больная В.Л.М. 69 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость, увеличение живота в объеме, похудание.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваш алгоритм обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответы к задаче №13. А) Рак яичников, Б) физикальное исследование (пальпация живота, лимфатических узлов, гинекологическое исследование); общие анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма, ЭКГ; рентгенография грудной клетки; УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; доплеровское исследование вен нижних конечностей и подвздошных вен; определение уровней опухолевых маркеров в сыворотке: СА – 125, СА – 199, СА – 153, альфа-фетопротеина, раково-эмбрионального антигена, лактатдегидрогеназы; эзофагогастродуоденоскопия; ирригоскопия или колоноскопия, по показаниям – КТ, МРТ, экскреторная урография, сцинтиграфия почек, цистоскопия, лапароскопия, В) хирургический – экстирпация матки с придатками и удаление большого сальника, химиотерапия.

Задача

№14

Больная Р.К.Д. 53 лет, в течение последних пяти лет наблюдается по поводу опухоли левого яичника (до 2 см в диаметре). С июня 2009 года отмечается рост опухоли до 10 см. СА – 125 = 629 МЕ/мл. В октябре 2009 года обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. В зеркалах: слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Шейка матки цилиндрической формы. Тело матки нормальных размеров. Слева от матки определяется подвижное тугоэластической консистенции опухолевое образование до 10 см в диаметре. Справа без особенностей. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваш алгоритм обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответы к задаче №14. А) Рак яичников, Б) физикальное исследование (пальпация живота, лимфатических узлов, гинекологическое исследование); общие анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма, ЭКГ; рентгенография грудной клетки; УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; доплеровское исследование вен нижних конечностей и подвздошных вен; определение уровней опухолевых маркеров в сыворотке: СА – 125, СА – 199, СА – 153, альфа-фетопротеина, раково-эмбрионального антигена, лактатдегидрогеназы; эзофагогастродуоденоскопия; ирригоскопия или колоноскопия, по показаниям – КТ, МРТ, экскреторная урография, сцинтиграфия почек, цистоскопия, лапароскопия, В) хирургический – экстирпация матки с придатками и удаление большого сальника, химиотерапия.

Задача

№15

Больная Ш.Ю.Я., 39 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, увеличение живота в объеме, быструю утомляемость, похудание. СА – 125 = 842 МЕ/мл. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваш алгоритм обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответы к задаче №15. А) Рак яичников, Б) физикальное исследование (пальпация живота, лимфатических узлов, гинекологическое исследование); общие анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма, ЭКГ; рентгенография грудной клетки; УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; доплеровское исследование вен нижних конечностей и подвздошных вен; определение уровней опухолевых маркеров в сыворотке: СА – 125, СА – 199, СА – 153, альфа-фетопротеина, раково-эмбрионального антигена, лактатдегидрогеназы; эзофагогастродуоденоскопия; ирригоскопия или колоноскопия, по показаниям – КТ, МРТ, экскреторная урография, сцинтиграфия почек, цистоскопия, лапароскопия, В) хирургический – экстирпация матки с придатками и удаление большого сальника, химиотерапия.

Задача №16

Больная М. 55 лет. Жалоб не предъявляет. При профосмотре обнаружено увеличение в объеме правого яичника, выполнено ультразвуковое исследование, при котором установлено, что правый

яичник увеличен в размерах до 7 см, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Менструации с 12 лет, регулярные. Имеет двое детей. Объективно: при бимануальном влагалищном исследовании пальпируется увеличенный до 6-7 см правый яичник, безболезненный. УЗИ органов брюшной полости и малого таза: асцит, объемное образование правого яичника. При лапароскопическом исследовании обнаружены метастатические очаги по брюшине. Цитологическое исследование опухолевой ткани яичников: аденокарцинома. Исследование асцитической жидкости: обнаружены опухолевые клетки. Маркер СА 125 450 ед\мл. Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак правого яичника. Асцит. Метастазы по брюшине T3NxM0. Хирургическое лечение в объеме овариоэктомии. ПХТ.

Задача №17

Больная М. 61 года. Жалобы на мажущие выделения из половых путей. Менструации с 13 лет, постменопауза. Имеет троих детей. Объективно: при бимануальном влагалищном исследовании пальпируется увеличенная в размерах матка до 6-7 беременности, безболезненная, из половых путей имеются сукровичные выделения. Выполнено УЗИ органов брюшной полости, малого таза, трансвагинальное УЗИ: объемное образование тела матки, толщина эндометрия более 15 мм. При рентгенологическом исследовании легких без очаговой патологии. Проведено раздельное диагностическое выскабливание, гистологическое заключение: эндометриоидная аденокарцинома. Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак тела матки T2NxM0. Хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками, с последующей лучевой терапией на ложе удаленной опухоли.

Задача №18

Больная М., 35 лет. Длительно лечилась по поводу папилломавирусной инфекции. Половая жизнь с 16 лет. Жалоб не предъявляет. При очередном гинекологическом обследовании взят соскоб с шейки матки для цитологического исследования, по результатам которого обнаружена аденокарцинома шейки матки. Проведено обследование: глубина инвазии опухоли не более 3 мм протяженностью до 5 мм, признаков диссеминации процесса нет. Диагноз? Какова лечебная тактика?

Ответ: Рак шейки матки. T1a1N0M0. Хирургическое лечение в объеме высокой ампутации шейки матки.

Задача №19

Больная К., 40 лет. Жалобы на межменструальные выделения, водянистые мутные бели. В анамнезе: лечение по поводу папилломавирусной инфекции. При гинекологическом осмотре: шейка матки уплотнена, отмечается ранимость, повышенная кровоточивость слизистой, имеется небольшой пришеечный инфильтрат с переходом на своды влагалища. Кольпоскопия: картина соответствует высокоатипичному эпителию. Результаты биопсии: глубина инвазии опухоли до 6 мм в диаметре до 7 мм. При дообследовании (рентгенологическое исследование легких, УЗИ малого таза и брюшной полости): признаков поражения регионарных лимфоузлов, диссеминации процесса нет.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак шейки матки T1bN0M0. Комбинированное лечение. Хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками (операция Вертгейма). Лучевая терапия.

Трофобластические опухоли.

Задача №1

Больная И.А.Н., 28 лет. В июле 2009 года ЭКО в связи с бесплодием трубного генеза. В сроке 5

недель – неразвивающаяся беременность по данным УЗИ. 24.07.09г – РДВ. С июля 2009г по сентябрь 2009г продолжались кровянистые выделения. Обратилась к гинекологу. ХГ – (29.09.09г) – 305,5 МЕ/л. Матка мягковатой консистенции, увеличена до 10 недель беременности.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваш алгоритм обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответ: А) Трофобластическая опухоль, Б) тщательный анализ анамнеза, определение ХГ сыворотки, гинекологическое исследование, УЗИ органов малого таза, рентгенография грудной клетки. При выявлении метастазов в легких показаны КТ головного мозга с контрастированием, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, при выявлении метастазов в головном мозге – МРТ головного мозга с контрастированием, В) химиотерапия.

Задача №2

Больная Б.И.И., 26 лет. Последняя нормальная менструация в июне 2009 года. В августе 2009 года после недельной задержки менструации отметила кровянистые выделения из половых путей. По месту жительства выполнено РДВ. После РДВ кровянистые выделения из половых путей усилились. 12.10.09г повторное РДВ. ХГ от 27.10.09г – 32 тыс. МЕ/л. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваш алгоритм обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответ: А) Трофобластическая опухоль, Б) тщательный анализ анамнеза, определение ХГ сыворотки, гинекологическое исследование, УЗИ органов малого таза, рентгенография грудной клетки. При выявлении метастазов в легких показаны КТ головного мозга с контрастированием, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, при выявлении метастазов в головном мозге – МРТ головного мозга с контрастированием, В) химиотерапия.

Задача №3

Больная Б.Ю.П., 26 лет, считает себя больной в течение последних четырех месяцев. Последняя нормальная менструация в январе 2008 года. В октябре 2008 года кесарево сечение. В последующие 4 месяца ациклические кровянистые выделения из половых путей. ХГ – 20 тыс. МЕ/л.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваш алгоритм обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответ: А) Трофобластическая опухоль, Б) тщательный анализ анамнеза, определение ХГ сыворотки, гинекологическое исследование, УЗИ органов малого таза, рентгенография грудной клетки. При выявлении метастазов в легких показаны КТ головного мозга с контрастированием, УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства, при выявлении метастазов в головном мозге – МРТ головного мозга с контрастированием, В) химиотерапия.

Перечень ситуационных задач к промежуточной аттестации (зачет)

Критерии оценки:

- оценка «зачтено» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации;

- оценка «не зачтено» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах

Образец ситуационной задачи

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

**Приднестровский Государственный Университет
им. Т. Г. Шевченко**

Кафедра хирургии с циклом онкологии

**«Онкология, лучевая терапия»
Направление подготовки 31.05.02 «Педиатрия»
(Уровень специалитета)**

Задача №1

Больная М. 55 лет. Жалоб не предъявляет. При профосмотре обнаружено увеличение в объеме правого яичника, выполнено ультразвуковое исследование, при котором установлено, что правый яичник увеличен в размерах до 7 см, в брюшной полости определяется свободная жидкость. Менструации с 12 лет, регулярные. Имеет двое детей. Объективно: при бимануальном влагалищном исследовании пальпируется увеличенный до 6-7 см правый яичник, безболезненный. УЗИ органов брюшной полости и малого таза: асцит, объемное образование правого яичника. При лапароскопическом исследовании обнаружены метастатические очаги по брюшине. Цитологическое исследование опухолевой ткани яичников: аденокарцинома. Исследование асцитической жидкости: обнаружены опухолевые клетки. Маркер СА 125 450 ед\мл. Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак правого яичника. Асцит. Метастазы по брюшине T3NxM0. Хирургическое лечение в объеме овариоэктомии. ПХТ.

Задача №2

Больная М. 61 года. Жалобы на мажущие выделения из половых путей. Менструации с 13 лет, постменопауза. Имеет троих детей. Объективно: при бимануальном влагалищном исследовании пальпируется увеличенная в размерах матка до 6-7 беременности, безболезненная, из половых путей имеются сукровичные выделения. Выполнено УЗИ органов брюшной полости, малого таза, трансвагинальное УЗИ: объемное образование тела матки, толщина эндометрия более 15 мм. При рентгенологическом исследовании легких без очаговой патологии. Проведено раздельное диагностическое выскабливание, гистологическое заключение: эндометриоидная аденокарцинома. Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Рак тела матки T2NxM0. Хирургическое лечение в объеме экстирпации матки с придатками, с последующей лучевой терапией на ложе удаленной опухоли.

Задача №3

Больная М., 35 лет. Длительно лечилась по поводу папилломавирусной инфекции. Половая жизнь с 16 лет. Жалоб не предъявляет. При очередном гинекологическом обследовании взят соскоб с шейки матки для цитологического исследования, по результатам которого обнаружена аденокарцинома шейки матки. Проведено обследование: глубина инвазии опухоли не более 3 мм протяженностью до 5 мм, признаков диссеминации процесса нет. Диагноз? Какова лечебная тактика?

Ответ: Рак шейки матки. T1a1N0M0. Хирургическое лечение в объеме высокой ампутации шейки матки.

Критерии оценки:

- оценка «зачтено» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации;
- оценка «не зачтено» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Приднестровский Государственный Университет
им. Т. Г. Шевченко

Кафедра хирургии с циклом онкологии
«Онкология, лучевая терапия»

ВОПРОСЫ К ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОМУ ЗАЧЕТУ ПО Онкологии, лучевой терапии ДЛЯ СТУДЕНТОВ VI-го КУРСА МЕДИЦИНСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Тема «Введение в онкологию»

1. Определение понятий “опухоль” и “рак”. Классификация опухолей.
2. Основные свойства злокачественных опухолей.
3. Метастазирование. Основные этапы лимфогенного и гематогенного метастазирования.
4. Этиология опухолей. Определяющие факторы и внешние этиологические факторы. Канцерогенез.
5. Статистика опухолевых заболеваний в Республике Беларусь. Абсолютное количество онкологических больных. Показатели заболеваемости и структура смертности.
6. Организация онкологической службы. Структура онкологического диспансера. Группы диспансерного учета. Учетные документы на онкологических пациентов.
7. Профилактика онкологических заболеваний (первичная, вторичная, третичная).
8. Понятие «ранний рак». Пути улучшения ранней диагностики злокачественных опухолей.
9. Деонтология в онкологии.

Тема «Общие принципы диагностики и лечения онкологических больных»

10. Диагностический алгоритм в онкологии: первичная, уточняющая и функциональная диагностика.
11. Классификация TNM: основные и дополнительные элементы, принципы. Стадии заболевания. Структура диагноза онкологического заболевания.
12. Методы диагностики в онкологии. Виды биопсий.
13. Классификация методов лечения в онкологии. Понятие «комбинированное», «комплексное» и «сочетанное» лечение.
14. Виды хирургических вмешательств в онкологии. Принципы радикальных хирургических операций, отличие от операций при неопухолевой патологии.
15. Лучевая терапия в онкологии. Правило Бергонье-Трюбондо. Источники излучения, классификация методов облучения по цели и методологии. Показания и противопоказания к лучевому противоопухолевому лечению.
16. Химиотерапия опухолей. Основные группы лекарственных противоопухолевых препаратов. Показания и противопоказания к лекарственному противоопухолевому лечению.
17. Гормонотерапия в онкологии. Показания. Группы лекарственных препаратов.

Тема «Опухоли щитовидной железы»

18. Этиология рака щитовидной железы в Республике Беларусь. Динамика показателей заболеваемости и смертности с 1986 г. Доказательства радиогенной природы опухолей щитовидной железы на территории Республики Беларусь. Морфологическая классификация опухолей щитовидной железы.
19. Папиллярный и фолликулярный рак щитовидной железы. Этиология. Происхождение, метастазирование, основные органы – мишени, особенности диагностики и лечения.
20. Медулярный рак щитовидной железы. Этиология. Происхождение, основные биологические свойства, метаболическая активность. Метастазирование. Особенности диагностики и лечения.

21. Недифференцированный и плоскоклеточный рак щитовидной железы. Происхождение, биологические свойства, метастазирование. Особенности диагностики и лечения.

22. Клинические проявления рака щитовидной железы. Первичные признаки новообразования. Симптомы местно распространенного рака, отдаленных метастазов.

23. Принципы лечения пациентов с раком щитовидной железы. Радиойодтерапия и гормонотерапия.

Тема «Опухоли легкого и средостения»

24. Рак легкого. Заболеваемость и смертность в Республике Беларусь. Морфологические формы рака легкого. Этиология, патогенез, предраковые заболевания. Метастазирование рака легкого. Профилактика.

25. Клинико-анатомические формы рака легкого - центральный, периферический, атипические формы. Особенности их рентгенологического и клинического проявления.

26. Рак легкого: клинические проявления – симптомы первичной опухоли, местно- распространенного процесса, признаки отдаленных метастазов.

27. Диагностика рака легкого.

28. Лечение рака легкого.

29. Классификация опухолей средостения и их топография. Клинические проявления опухолей средостения. Принципы диагностики и лечения.

Тема «Опухоли кожи»

30. Опухоли кожи. Заболеваемость. Этиология. Факторы риска. Факультативные кератопреканцерозы и облигатные предраки кожи.

31. Рак кожи – гистологические формы. Формы опухолевого роста. Особенности разных форм рака, метастазирование.

32. Диагностика, принципы лечения пациентов с базальноклеточным и плоскоклеточным раком кожи.

33. Классификация невусов. Меланомоопасные невусы, меланоз Дюбрея. Признаки активизации пигментных невусов.

34. Меланома: происхождение, клинические признаки, особенности роста и метастазирования. Диагностика, принципы лечения.

Тема «Опухоли молочной железы»

35. Классификация предопухолевых и опухолевых заболеваний молочных желез. Заболеваемость раком молочной железы. Этиология. Группы риска по раку. Профилактика. Раннее выявление рака.

36. Мастопатия диффузная и очаговая – этиология, клиника, диагностика, лечение.

37. Доброкачественные опухоли молочных желез - фиброаденома, филлоидные опухоли, протоковая папиллома. Клиника, диагностика и лечение.

38. Рак молочной железы – клинические проявления, клинические формы, метастазирование.

39. Методы диагностики опухолей молочной железы. Визуальные симптомы рака молочной железы.

40. Рак молочной железы – принципы лечения. Виды оперативных вмешательств.

Тема «Злокачественные лимфомы»

41. Определение «злокачественные лимфомы». Общие признаки. Виды лимфом. Заболеваемость. Этиология.

42. Лимфома Ходжкина, морфологическая классификация, принципы диагностики. Последовательность диагностических методов.

43. Клиника лимфомы Ходжкина, группы симптомов, стадирование.
44. Морфологические формы неходжкинских лимфом, клиника и диагностика.
45. Принципы лечения пациентов с неходжкинскими лимфомами и лимфомой Ходжкина.

Тема «Опухоли пищевода и желудка»

46. Заболеваемость раком желудка, запущенность, причины поздней диагностики. Этиология. Предраковые заболевания. Группы риска. Пути улучшения ранней диагностики. Профилактика рака.
47. Пути метастазирования рака желудка. Отдаленные метастазы. Методы выявления.
48. Клиника рака желудка. Зависимость от локализации, формы опухолевого роста, степени распространения опухоли. Синдром «малых признаков».
49. Методы диагностики рака желудка.
50. Рак желудка - принципы лечения. Радикальные и паллиативные операции. Показания к лучевой и лекарственной противоопухолевой терапии.

51. Заболеваемость раком пищевода. Факторы риска, предопухолевые заболевания. Клиника и диагностика рака пищевода. Лечение.

Тема «Колоректальный рак»

52. Заболеваемость и смертность от колоректального рака. Предраковые заболевания ободочной и прямой кишки. Методы диагностики колоректального рака. Пути улучшения ранней диагностики.
53. Клиника рака ободочной и прямой кишки. Группы симптомов. Клинические формы рака ободочной кишки, связь с локализацией.
54. Лечение пациентов с раком ободочной и прямой кишки. Радикальные и паллиативные операции. Лучевая терапия и химиотерапия в лечении колоректального рака.

Тема «Опухоли гепатопанкреатодуоденальной зоны»

55. Рак поджелудочной железы. Этиология. Факторы риска. Основные клинические проявления в зависимости от локализации и степени распространения опухоли.
56. Диагностика рака поджелудочной железы. Методы лечения.
57. Классификация опухолей печени. Этиология, факторы риска и предраковые заболевания. Клинические проявления рака. Методы диагностики и лечение.
58. Опухоли желчного пузыря и внепеченочных протоков. Этиология. Клиника рака желчного пузыря и внепеченочных протоков. Диагностика и лечение.

Тема «Опухоли мягких тканей»

59. Классификация опухолей мягких тканей. Метастазирование сарком. Клиника сарком в зависимости от локализации, гистологической формы и степени распространения.
60. Методы диагностики и принципы лечения пациентов с саркомами мягких тканей.

Тема «Опухоли забрюшинного пространства»

61. Классификация опухолей забрюшинного пространства. Основные клинические проявления. Диагностика и принципы лечения.

Тема «Опухоли почек и мочевого пузыря»

62. Заболеваемость раком почек. Клиника рака. Методы диагностики и лечение.
63. Опухоли мочевого пузыря - факторы риска, предраковые заболевания. Клиника рака. Методы диагностики и лечения.

Тема «Опухоли яичек»

64. Классификация опухолей яичек. Факторы риска. Метастазирование опухолей яичка. Клиника. Диагностика и принципы лечения

Тема «Рак предстательной железы»

65. Заболеваемость раком предстательной железы. Этиология. Диагностика рака простаты, методы скрининга.

66. Клиника первичного и метастатического рака предстательной железы.

67. Методы лечения рака предстательной железы.

Тема «Опухоли слюнных желез. Рак губы, языка, слизистой полости рта. Рак гортани»

68. Классификация опухолей слюнных желез. Доброкачественные и злокачественные опухоли. Клиника рака слюнных желез. Методы диагностики и лечения.

69. Этиология рака губы, предраковые заболевания. Клиника рака нижней губы. Метастазирование. Диагностика и методы лечения.

70. Клиника рака языка и слизистой полости рта. Метастазирование. Диагностика. Методы лечения.

71. Клиника, диагностика и методы лечения рака гортани.

Тема «Рак шейки матки»

72. Заболеваемость раком шейки матки, смертность в Республике Беларусь. Этиология. Фоновые и предраковые заболевания. Методы профилактики рака. Виды скрининга. Методика проведения популяционного скрининга.

73. Классификация рака шейки матки. Метастазирование.

74. Клиника рака шейки матки (инвазивного и местнораспространенного)

75. Диагностика рака шейки матки.

76. Хирургический, комбинированный и сочетанный лучевые методы в лечении пациенток с раком шейки матки. Роль химиотерапии.

Тема «Рак тела матки»

77. Заболеваемость раком тела матки в Республике Беларусь. Фоновые и предраковые заболевания эндометрия.

78. Классификация рака тела матки. Метастазирование.

79. Клиника рака тела матки.

80. Методы диагностики рака тела матки.

81. Методы лечения пациенток с раком тела матки.

Тема «Опухоли яичников»

82. Заболеваемость раком яичников в Республике Беларусь. Группы риска. Возможные причины развития рака.

83. Классификация рака яичников. Метастазирование.

84. Клиника рака яичников.

85. Методы диагностики рака яичников.

86. Методы лечения пациенток с раком яичников. Виды операций. Химиотерапия и лучевое лечение.

Образец билета для промежуточной аттестации (зачет).

БИЛЕТ № 1

1. Заболеваемость раком шейки матки, смертность в Республике Беларусь. Этиология. Фоновые и предраковые заболевания. Методы профилактики рака. Виды скрининга. Методика проведения популяционного скрининга.
2. Методы диагностики рака тела матки.

Критерии оценки:

-оценка «зачтено» выставляется, если студент правильно обосновал клинический диагноз; правильно проведена дифференциальная диагностика; назначено адекватное для конкретной клинической ситуации лечение на основе клинических рекомендаций с учётом особенностей применения, показаний и противопоказаний, побочных эффектов и лекарственных взаимодействий; допущены некоторые неточности, которые исправляются в процессе обсуждения клинической ситуации;

-оценка «не зачтено» выставляется, когда у студента отсутствует понимание сущности и генеза отдельных симптомов и синдромов отсутствуют знания по основным особенностям синдромов и нозологических форм; неправильно установлен диагноз; отсутствуют умения по проведению дифференциальной диагностики, составлению плана обследования и оценке его результатов; назначено лечение, которое может привести к неблагоприятному исходу, или имеются противопоказания к нему; перечисленные дефекты не исправляются отвечающим даже при наводящих вопросах.

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Приднестровский Государственный Университет
им. Т. Г. Шевченко

Кафедра хирургии с циклом онкологии
«ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ»

Перечень тестов к промежуточной аттестации (зачет)

Комплект тестовых заданий

1. В общей структуре смертности населения Российской Федерации наибольший удельный вес составляют:
 - а) болезни органов кровообращения
 - б) злокачественные новообразования
 - в) травмы и отравления
 - г) болезни органов пищеварения
 - д) болезни органов дыхания
2. Самой часто встречающейся злокачественной опухолью у мужчин в Российской Федерации является:
 - а) рак легкого
 - б) рак желудка
 - в) рак предстательной железы
 - г) рак прямой кишки
3. Курение является фактором риска
 - а) рака легкого, яичников, мочевого пузыря
 - б) рака легкого, гортани, мочевого пузыря
 - в) рака легкого, почки, щитовидной железы
 - г) рака легкого, желудка, толстой кишки
 - д) рака легкого, шейки матки, лимфосаркомы
4. Наиболее характерным рентгенологическим признаком саркомы Юинга является:
 - а) Козырек Кодмана
 - б) Вздутие кости, ячеистость структуры, отсутствие периостальных наслоений
 - в) «Лукрвичный периостит»
 - г) Костные спикюлы, костный дефект с изъязвленными краями
5. К Ib клинической группе больных относятся:
 - а) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественное образование
 - б) больные с предопухолевыми заболеваниями
 - в) лица, излеченные от злокачественных новообразований
 - г) правильного ответа нет
6. Наиболее часто остеогенная саркома метастазирует:
 - а) в паховые лимфоузлы
 - б) в плоские кости
 - в) в легкие
 - г) в кожу
7. Чаще всего остеогенная саркома поражает:

- а) длинные трубчатые кости
- б) все плоские кости
- в) кости черепа
- г) кости таза

8. Рак in situ отличается от микроинвазивного тем, что:

- а) инфильтрирует и разрушает базальную мембрану
- б) инфильтрирует ткани в пределах слизистой оболочки
- в) инфильтрирует и слизистую и подслизистую оболочки органа
- г) не распространяется глубже базальной мембраны и не разрушает ее

9. Рак in situ по Международной классификации TNM X версии относится:

- а) к раку
- б) к предраку
- в) к доброкачественным опухолям
- г) отношение не определено

10. В Российской Федерации плоскоклеточный рак является преобладающим гистологическим вариантом при раке...

- а) пищевода и анального канала прямой кишки
- б) желудка и тонкой кишки
- в) тонкой и ободочной кишки
- г) желудка и ободочной кишки

11. В дифференциальной диагностике рака и язвы желудка наиболее надежным методом диагностики для исключения малигнизации считается:

- а) рентгенологический метод (Rg-скопия, Rg-графия)
- б) эндоскопия желудка с биопсией
- в) исследование кала на скрытую кровь
- г) исследование желудочного сока с гистамином

12. Термином «метастаз Крукенберга» обозначают метастазы рака желудка в:

- а) в клетчатку малого таза
- б) в яичники
- в) в пупок
- г) в надключичные лимфатические узлы
- д) в подмышечные лимфатические узлы

13. При пальцевом исследовании в нижеампулярной части прямой кишки

обнаружено изъязвление с плотным дном и валикообразными краями. Предположительный диагноз:

- а) язва прямой кишки
- б) рак прямой кишки
- в) трещина прямой кишки
- г) геморрой

14. При раке ободочной кишки наиболее часто поражается анатомический отдел:

- а) слепая кишка
- б) восходящая ободочная кишка
- в) поперечная ободочная кишка
- г) нисходящая ободочная кишка
- д) сигмовидная кишка

15. «Метастаз Шницлера» при раке желудка локализуется:

- а) в прямокишечно-пузырной складке
- б) в пупке
- в) в яичниках
- г) между ножками кивательной мышцы
- д) в подмышечных лимфатических узлах

16. Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака:

- а) форма № 099/у
- б) форма № 030
- в) форма № 027
- г) форма № 35
- д) форма № 7

17. Среди причин смерти населения Архангельской области злокачественные новообразования занимают место:

- а) 1-е место
- б) 2 -е место
- в) 3 -е место
- г) 4-е место

18. Наиболее объективные сведения о местной распространенности опухолевого процесса (стадии заболевания) могут быть получены:

- а) при клиническом осмотре больного
- б) при рентгенологическом исследовании
- в) при использовании эндоскопических методов
- г) при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарным лимфатическим аппаратом

19. К какой клинической группе относятся больные, страдающие фиброзно-кистозной мастопатии с признаками пролиферации?

- а) Ia
- б) Ib
- в) II
- г) III

20. Сочетание "Тх" обозначает:

- а) оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно
- б) первичная опухоль не определяется
- в) преинвазивная карцинома
- г) глубина инвазии опухоли 10 мм

21. У больной 25 лет на фоне беременности появилось уплотнение и гиперемия правой молочной железы, кровянистые выделения из соска, пальпируется увеличенный до 2 см в диаметре безболезненный лимфоузел в правой подмышечной области. Наиболее целесообразным в данном случае является:

- а) назначение физиотерапевтических процедур
- б) пункция уплотнения правой молочной железы и увеличенного лимфоузла с последующим цитологическим исследованием
- в) назначение антибиотиков
- г) маммография

22. При выполнении радикальной мастэктомии по Мадден удаляется:

- а) молочная железа с клетчаткой подмышечной области
- б) молочная железа и малая грудная мышца с клетчаткой подмышечной области
- в) молочная железа, большая и малая грудные мышцы с клетчаткой подмышечной области
- г) только молочная железа
- д) опухоль в пределах здоровых тканей с клетчаткой подмышечной области

23. У больной 55 лет без тяжелой сопутствующей патологии через 10 лет после радикального лечения гипернефроидного рака почки, выявлен солитарный метастаз в верхней доле правого легкого. Наиболее целесообразным методом лечения в этом случае является:

- а) химиотерапия
- б) лучевая терапия
- в) хирургическое лечение
- г) иммунотерапия
- д) таргетная терапия

24. Подразделение основных категорий классификации TNM по типу: T1a, T1б или N2a, N2б, применимо

- а) для обозначения тяжести клинических проявлений интоксикации
- б) для характеристики отклонений в биохимических анализах
- в) для большей детализации при определении распространенности опухолевого процесса
- г) не применяется никогда

25. При лимфоме Ходжкина клиническая стадия I А означает:

- а) поражение одной лимфатической зоны без симптомов интоксикации
- б) локализованное поражение одного экстралимфатического органа или ткани
- в) поражение двух лимфатических зон без симптомов интоксикации
- г) поражение одной лимфатической зоны с симптомами интоксикации
- д) поражение двух лимфатических зон с симптомами интоксикации

26. Внутрипротоковые папилломы молочной железы рентгенологически могут быть выявлены при:...

- а) бесконтрастной маммографии
- б) дуктографии
- в) крупнокадровой флюорографии
- г) не могут быть выявлены рентгенологически

27. Больной 46 лет выполнена радикальная резекция правой молочной железы по поводу рака в верхне-наружном квадранте T1N0M0. Гистологический ответ – внутрипротоковый рак 2 степени злокачественности. Рецепторы эстрогенов, прогестина, HER2 нео отрицательны. Дальнейшее лечение предусматривает:

- а) наблюдение
- б) лучевую терапию на молочную железу
- в) лучевую терапию на молочную железу, подмышечную и надподключичную зоны
- г) адъювантную химиотерапию

28. Остеогенные саркомы наиболее часто всего встречаются в возрасте:

- а) до 25 лет
- б) от 30 до 40 лет
- в) от 40 до 50 лет
- г) старше 50 лет

29. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики и лечения опухолей:

- а) поджелудочной железы
- б) желудка
- в) щитовидной железы
- г) почки
- д) предстательной железы

30. Рентгенологическим признаком остеобластокластомы является :

- а) крупный литический очаг в эпифизе кости, иногда с остатками ячеистой структуры
- б) нарушение кортикального слоя
- в) экстраоссальный компонент, не содержащий дополнительных включений
- г) периостальная реакция в виде "козырька"

31. Определение уровня РЭА (раково-эмбрионального антигена) может быть использовано:

- а) для установления диагноза рака
- б) для уточнения степени распространенности опухоли (стадирования)
- в) для динамического наблюдения после лечения (в качестве мониторинга)
- г) все ответы правильные

32. Трансторакальная пункционная биопсия противопоказана при:

- а) размерах опухоли легкого менее 15 мм
- б) подозрении на паразитарную кисту переднего средостения
- в) предположительном диагнозе «опухоль вилочковой железы»
- г) предположительном диагнозе «тератобластома»
- д) прилегании опухоли к грудной стенке

33. После выявления новообразования средостения при рентгенологическом исследовании оптимальным является:

- а) динамическое наблюдение

- б) проведение противовоспалительного и общеукрепляющего лечения
- в) госпитализация в специализированную клинику с целью дообследования и выбора метода лечения
- г) назначение противоопухолевой химиотерапии или лучевого лечения

34. У больного 72 лет базальноклеточный рак кожи надбровной области в виде узла на ножке до 5 см в диаметре. Ему наиболее целесообразно:

- а) хирургическое удаление
- б) криогенная деструкция
- в) короткодистанционная рентгенотерапия
- г) химиотерапия

35. У больной 35 лет меланома кожи задней поверхности голени диаметром около 3 см. Ей целесообразно провести:

- а) короткодистанционную рентгенотерапию
- б) фотодинамическую терапию
- в) комбинированное лечение с предоперационной короткодистанционной рентгенотерапией
- г) широкое иссечение опухоли кожи с пластикой

36. Базально-клеточный рак локализуется на коже лица у:...

- а) 50-55% больных
- б) 60-70% больных
- в) 75-85% больных
- г) на коже лица встречается редко

37. Распространенность рака пищевода, инфильтрирующего стенку органа до мышечного слоя включительно при метастатическом поражении 2 регионарных лимфатических узлов и отсутствии отдаленных метастазов, кодируется по системе TNM следующим образом:

- а) T1N1M0
- б) T2N1M0
- в) T1N2M0
- г) T2N2M0

38. Наиболее характерным, лидирующим по частоте клиническим симптомом рака пищевода является:

- а) повышенное слюноотделение
- б) боль в грудной клетке при глотании
- в) дисфагия
- г) рвота

39. У больного 80 лет рак средней трети внутригрудного отдела пищевода T3N0M0 2 стадии. Общее состояние больного удовлетворительное. Сопутствующая патология – ИБС. Стенокардия напряжения ФК2, хроническая дыхательная недостаточность 2А ст. Наиболее предпочтительным методом лечения в этом случае является:

- а) хирургическое
- б) комбинированное с предоперационной лучевой терапией
- в) комбинированное с послеоперационной лучевой терапией
- г) самостоятельный курс лучевой терапии с лечебной целью

40. Наиболее предрасположена к отдаленному метастазированию меланома морфологического типа...

- а) злокачественное лентиго
- б) акролентигинозная
- г) узловая
- д) поверхностная

41. Наиболее информативным неинвазивным методом диагностики поражения лимфатических узлов средостения и корней легких является:

- а) рентгеноскопия
- б) рентгенография + линейная томография
- в) рентгеновская компьютерная томография
- г) сканирование органов грудной клетки с цитратом галлия (^{67}Ga)
- д) магнитно-резонансная томография

42. Наиболее частым первым симптомом рака почки является:

- а) боль
- б) пальпируемая опухоль
- в) гематурия
- г) слабость
- д) ускоренная СОЭ

43. По мере роста рака легкого скорость нарастания степени нарушения бронхиальной проходимости наиболее выражена:

- а) при эндобронхиальном экзофитном раке
- б) при перибронхиальном узловатом раке
- в) при разветвленном раке
- г) при пневмониеподобном раке
- д) при раке верхушки легкого (Пэнкоста)

44. Наличие метастатического плеврита при раке легкого соответствует символу:

- а) T1
- б) T2
- в) T3
- г) T4
- д) M1

45. Какое осложнение может возникнуть при выполнении трансторакальной пункции опухоли легкого наиболее часто?

- а) пневмоторакс
- б) гемоторакс

- в) кровохаркание
- г) имплантационное метастазирование

46. У больного 48 лет неоперабельный рак средней трети тела желудка, метастазы по брюшине, в печень, в кости, асцит. Состояние средней тяжести в силу опухолевой интоксикации. Противоопухолевого лечения ранее не проводилось. Ему показана:

- а) системная химиотерапия
- б) хирургическое лечение
- в) лучевая терапия
- г) симптоматическая терапия

47. Симптомы кишечной непроходимости наиболее характерны для рака локализованного

- а) в слепой кишке
- б) в восходящей кишке
- в) в поперечной кишке
- г) в сигмовидной кишке

48. Заболеваемость раком толстой кишки РФ за последние 10 лет имеет тенденцию:

- а) к повышению
- б) к снижению
- в) к стабильности
- г) к повышению в старшей возрастной группе
- д) к снижению среди лиц молодого возраста

49. По гистологическому строению рак желудка чаще всего является:

- а) железистым
- б) плоскоклеточным
- в) смешанным железисто-плоскоклеточным
- г) крупноклеточным

50. К облигатному предраку толстой кишки относят:

- а) неспецифический язвенный колит
- б) болезнь Крона
- в) семейный диффузный полипоз
- г) одиночные полипы толстого кишечника
- д) все перечисленное

51. По морфологическому строению преобладающей формой рака толстой кишки является:

- а) аденокарцинома различной степени зрелости
- б) плоскоклеточный рак
- в) недифференцированные раки
- г) диморфный (смешанный железистый и плоскоклеточный) рак
- д) все перечисленные формы встречаются примерно с одинаковой частотой

52. Наиболее часто малигнизуются полипы толстой кишки:

- а) железистые
- б) железисто-ворсинчатые
- в) ворсинчатые
- г) ювенильные
- д) гиперпластические

53. Метастазом "сестры Джозеф" называется метастаз рака желудка в:

- а) клетчатку малого таза
- б) яичники
- в) пупок
- г) надключичный лимфоузел

54. Эндоскопическая полипэктомия без предварительного морфологического исследования биопсийного материала из полипа допустима:

- а) во всех случаях
- б) при одиночном полипе на ножке независимо от его размеров
- в) при одиночном полипе на широком основании независимо от его размеров
- г) при одиночном мелком полипе на ножке

55. При раке поджелудочной железы наиболее часто поражается:

- а) головка
- б) тело
- в) хвост
- г) вся поджелудочная железа (тотальное поражение)

56. Наиболее часто гематогенные метастазы рака толстой кишки локализованы в:

- а) легких
- б) костях
- в) печени
- г) надпочечниках
- д) селезенке

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

- а) в правых отделах ободочной кишки
- б) в поперечно-ободочной кишке
- в) в нисходящей кишке
- г) в сигмовидной кишке
- д) во всех перечисленных отделах встречается с одинаковой частотой

58. Клинические проявления забрюшинных неорганных опухолей, происходящие из соединительной, мышечной и жировой тканей обусловлены:

- а) только гистологической структурой опухоли
- б) только размерами опухоли
- в) только локализацией опухоли

- г) размерами и локализацией опухоли
- д) гистологической структурой и размерами опухоли

59. Для оценки местной распространенности опухолевого процесса при забрюшинных неорганных опухолях наиболее эффективно:

- а) ультразвуковое исследование
- б) ангиографическое исследование
- в) экскреторная урография
- г) рентгеноконтрастное исследование желудочно-кишечного тракта
- д) компьютерная томография

60. У больной 29 лет при осмотре в зеркалах шейка матки деформирована послеродовыми разрывами с эрозированным эктропионом. Цитологически: клетки промежуточного и парабазального слоя эпителия с явлениями пролиферации. Кольпоскопически: немые йоднегативные участки в зоне трансформации. Тактика включает:

- а) наблюдение
- б) диатермокоагуляцию
- в) криодеструкцию шейки матки
- г) конизацию шейки матки

61. Наиболее частым гистологическим вариантом рака шейки матки является:

- а) плоскоклеточный
- б) аденокарцинома
- в) светлоклеточный
- г) недифференцированный

62. Больной 47 лет по поводу кровянистых выделений в межменструальном периоде произведено диагностическое выскабливание матки. Гистологически - железистокистозная гиперплазия. Из сопутствующих заболеваний миома матки 12 недель. Тактика лечения включает:

- а) наблюдение
- б) лечение гестагенами
- в) лечение эстрогенами
- г) операцию - экстирпацию матки с придатками

63. У больной 60 лет выявлена меланома вульвы. Опухоль диаметром 0.5 см расположена в области большой половой губы. Необходимо провести...

- а) иссечение опухоли
- б) простую вульвэктомию
- в) расширенную вульвэктомию + химиотерапию
- г) расширенную вульвэктомию + лимфаденэктомию

64. Понятие "централизация" обозначает, что периферический рак легкого прорастает стенку:

- а) главного, долевого или сегментарного бронхов
- б) субсегментарного бронха и бронха V порядка

- в) перикарда
- г) переднюю грудную

65. К триаде симптомов рака почки относятся:

- а) гематурия, боль, слабость
- б) гематурия, боль, ускоренная СОЭ
- в) гематурия, потеря веса, слабость
- г) гематурия, боль, пальпируемая опухоль
- д) гематурия, боль, повышенная температура тела

66. Наиболее важным методом исследования при диагностике рака мочевого пузыря является:

- а) общий клинический анализ мочи
- б) бимануальное ректальное исследование при опорожненном мочевом пузыре
- в) цистоскопия
- г) радионуклидная цистография

67. Уменьшение объема легочной ткани вследствие нарушения бронхиальной проходимости при раке легкого называется:

- а) инфарктом легкого
- б) ателектазом
- в) параканкротической пневмонией
- г) клапанной эмфиземой

68. Наиболее частой морфологической формой злокачественных опухолей слизистой полости рта является:

- а) плоскоклеточный рак
- б) саркома
- в) мукоэпидермоидная опухоль
- г) цилиндрома
- д) недифференцированный рак

69. Наиболее частыми клиническими симптомами опухоли предстательной железы являются:

- а) затрудненное и/или учащенное мочеиспускание
- б) боль в промежности, крестце, пояснице
- в) микроскопическая гематурия
- г) нарушение акта дефекации

70. Рак полового члена чаще всего метастазирует:

- а) в легкие
- б) в кости
- в) в печень
- г) в регионарные лимфоузлы
- д) в головной мозг

71. У больного 43 лет плоскоклеточный ороговевающий рак гортани I стадии с поражением левой голосовой складки. Ему следует:

- а) провести самостоятельную лечебную дистанционную лучевую терапию
- б) провести боковую резекцию гортани с предоперационной лучевой терапией
- в) провести боковую резекцию гортани с послеоперационной лучевой терапией
- г) выполнить ларингэктомию

72. Толщина опухоли 4,5 мм при меланоме без изъязвления соответствует символу:

- а) T2b
- б) T3a
- в) T3b
- г) T4a
- д) T4b

73. Адекватным объемом хирургического вмешательства при раке щитовидной железы является:

- а) энуклеация узла
- б) резекция доли
- в) гемитиреоидэктомия
- г) тотальная тиреоидэктомия

74. При каком из перечисленных новообразований диагностическая пункция опухоли может привести к быстрому метастазированию?

- а) раке нижней губы
- б) меланоме
- в) раке молочной железы
- г) остеогенной саркоме

75. С какой периодичностью должен проходить контрольные осмотры пациент, излеченный от злокачественного новообразования?

- а) первый год - 1 раз в мес, второй год - 1 раз в 3 мес, третий - пятый года - 1 раз в 6 мес, в дальнейшем 1 раз в год
- б) один раз в 6 мес. в течение 5 лет, затем - ежегодно
- в) первый год - 1 раз в 3 мес, второй - третий год - 1 раз в 6 мес, в дальнейшем 1 раз в год
- г) ежегодно в течение 10 лет

76. Наиболее частой гистологической формой злокачественных новообразований кожи является:

- а) базальноклеточный рак
- б) плоскоклеточный рак
- в) рак из придатков кожи
- г) меланома

77. На каком расстоянии от видимого края следует иссекать плоскоклеточный рак кожи?

- а) до 1 см
- б) 1,5-2 см
- в) 3 - 5 см
- г) более 5 см

78. Трансформации пигментных невусов в меланому способствует:

- а) курение
- б) радиоактивное излучение
- в) нерациональное питание
- г) ультрафиолетовое излучение

79. На возникновение рака нижней губы не влияет:

- а) курение
- б) ультрафиолетовое излучение
- в) употребление большого количества жиров
- г) микротравмы слизистой губы

80. У больного на нижней губе плотное безболезненное образование, покрытое коркой, при срывании которой кровоточит. Какой диагноз наиболее вероятен?

- а) веррукозная лейкоплакия
- б) гиперкератоз
- в) рак
- г) болезнь Боуэна

81. Какие из гистологических вариантов рака щитовидной железы сопровождаются наиболее благоприятным прогнозом:

- а) фолликулярный и папиллярный рак
- б) медуллярный и недифференцированный рак
- в) папиллярный и медуллярный рак
- г) недифференцированный и фолликулярный рак

82. У больной 33 лет молочные железы при пальпации мелкобугристы, с мелкими очагами уплотнения. В предменструальном периоде они становятся болезненными. Кожа не изменена. Ваш диагноз?

- а) диффузная фиброзно-кистозная мастопатия
- б) маститоподобный рак молочной железы
- в) инфильтративно-отечная форма рака
- г) хронический двусторонний мастит

83. Секторальная резекция молочной железы показана:*

- а) при мастодинии
- б) при диффузной мастопатии
- в) при узловой мастопатии
- г) при раке Педжета

84. Типичным симптомом внутрипротоковой папилломы является:

- а) наличие плотного участка с зернистой поверхностью
- б) симптом втяжения
- в) кровянистые выделения из соска
- г) болезненность при пальпации ареолы

85. Рак молочной железы диаметром 2,5 см без поражения регионарных лимфатических узлов по классификации TNM VII версии относят к:

- а) T1N0M0
- б) T1N1M0
- в) T2N0M0
- г) T2N1M0
- д) T3N0M0

86. Наиболее частой клинической формой рака молочной железы является:

- а) маститоподобная
- б) панцирная
- в) отечно-инфильтративная
- г) рак Педжета
- д) узловая

87. В верхнее-наружном квадранте молочной железы определяется плотное, бугристое, безболезненное округлое уплотнение диаметром 2 см, положителен симптом «втяжения». Каков Ваш предварительный диагноз?

- а) фиброаденома
- б) узловая мастопатия
- в) киста молочной железы
- г) рак молочной железы

88. У беременной 32 лет появилось безболезненное уплотнение в ВНК левой молочной железы. Какая тактика наиболее целесообразна?

- а) назначить физиотерапевтическое лечение
- б) после УЗИ пунктировать уплотнение в молочной железе
- в) назначить лечение антибиотиками
- г) направить на маммографию

89. Через год после радикальной мастэктомии у больной 35 лет обнаружено нечеткое безболезненное уплотнение во второй молочной железе. Что делать?

- а) назначить контрольный осмотр через 1 мес.
- б) пунктировать уплотнение и произвести цитологическое исследование препарата
- в) назначить гормональные препараты для лечения мастопатии
- г) назначить негормональные препараты для лечения мастопатии

90. Через 3 года после проведения комплексного лечения рака молочной железы у женщины появилась стойкая локализованная, но не интенсивная боль в грудном отделе позвоночника. Что делать?

- а) ограничиться диспансерным наблюдением

- б) назначить физиотерапевтические процедуры
- в) лечить остеохондроз: постельный режим + нестероидные противовоспалительные средства
- г) направить на МРТ и изотопное исследование

91. При какой клинической форме рака легкого наблюдается триада Горнера и боль по ходу плечевого сплетения:

- а) эндобронхиальной
- б) перибронхиальной
- в) пневмониеподобной
- г) раке Пэнкоста
- д) круглой (шаровидной) опухоли

92. При каком варианте гистологического строения рак легкого наиболее чувствителен к лучевой и химиотерапии?

- а) аденокарцинома
- б) плоскоклеточный рак
- в) мелкоклеточный рак
- г) крупноклеточный рак

93. Преобладающей гистологической формой рака пищевода является:

- а) аденокарцинома
- б) плоскоклеточный рак
- в) базальноклеточный рак
- г) мелкоклеточный рак

94. Какой симптом возникает при метастазах рака пищевода в лимфоузлы аортального окна?

- а) боль в грудной клетке
- б) кашель
- в) осиплость голоса
- г) икота
- д) дисфагия

95. Рак желудка чаще всего метастазирует в:

- а) легкие
- б) печень
- в) надключичные лимфатические узлы
- г) кости

96. Какой метод обследования используется в России для скрининга на рак ободочной кишки?

- а) колоноскопия
- б) ирригография
- в) рентгеноскопия желудка и кишечника
- г) гемокульт-тест

д) реакция Абелева-Татаринова

97. Метастазы в печень наиболее часто появляются при раке:

- а) желудочно-кишечного тракта
- б) легкого
- в) молочной железы
- г) женских половых органов

98. Наиболее часто остеогенная саркома локализуется в:

- а) нижних конечностях
- б) верхних конечностях
- в) костях таза
- г) позвонках
- д) костях черепа

99. Саркомы мягких тканей чаще всего локализуются в области:

- а) головы и шеи
- б) верхних конечностей
- в) нижних конечностей
- г) туловища

100. Какой из перечисленных факторов не способствует возникновению неходжкин-ских лимфом?

- а) вирус Эпштейн-Барр
- б) ионизирующая радиация
- в) вирус иммунодефицита человека
- г) бактерия *Helicobacter pylori*

ОБРАЗЕЦ ТЕСТОВЫХ ЗАДАНИЙ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ

Приднестровский Государственный Университет
им. Т. Г. Шевченко

Кафедра хирургии с циклом онкологии

«Онкология, лучевая терапия»

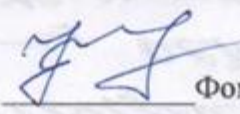
**Направление подготовки 31.05.02 «Педиатрия»
(уровень специалитета)**

Квалификация: врач – педиатр общей практики

1. Через год после радикальной мастэктомии у больной 35 лет обнаружено нечеткое безболезненное уплотнение во второй молочной железе. Что делать?
 - а) назначить контрольный осмотр через 1 мес.
 - б) пунктировать уплотнение и произвести цитологическое исследование препарата
 - в) назначить гормональные препараты для лечения мастопатии
 - г) назначить негормональные препараты для лечения мастопатии
2. Через 3 года после проведения комплексного лечения рака молочной железы у женщины появилась стойкая локализованная, но не интенсивная боль в грудном отделе позвоночника. Что делать?
 - а) ограничиться диспансерным наблюдением
 - б) назначить физиотерапевтические процедуры
 - в) лечить остеохондроз: постельный режим + нестероидные противовоспалительные средства
 - г) направить на МРТ и изотопное исследование

Критерии оценки:

- оценка «зачтено» выставляется студенту, если правильно выполнено 70% теста;
- оценка «не зачтено» выставляется студенту, если правильно выполненных тестовых заданий менее 70%;

И. о. зав. кафедрой хирургии с циклом онкологии  Фомов Г. В.

«20» 09 2010 г.