ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ «РОСТОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ» МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

ФАКУЛЬТЕТ ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЙ

Оценочные материалы

по дисциплине **онкология**

Специальность лечебное дело

2023

1. Перечень компетенций, формируемых дисциплиной (полностью или частично)*

универсальных (УК)/общекультурных (ОК)

Код и наименование универсальной/ общекультурной компетенции	Индикатор(ы) достижения универсальной/ общекультурной компетенции

общепрофессиональных (ОПК):

Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения общепрофессиональной компетенции

профессиональных (ПК)

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикатор(ы) достижения профессиональной компетенции
ПК-6 способность к определению у пациента основных патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем, X пересмотра	
ПК-8 способность к определению тактики ведения пациентов с различными нозологическими формами	
ПК-9 готовностью к ведению и лечению пациентов с различными нозологическими формами в амбулаторных условиях и условиях дневного стационара	

2. Виды оценочных материалов в соответствии с формируемыми компетенциями

Наименование компетенции	Виды оценочных материалов	количество заданий **на 1 компетенцию**
ПК- 6	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Задания на дополнения	75 с эталонами ответов
ПК-8	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Задания на дополнения	75 с эталонами ответов
ПК-9	Задания закрытого типа	25 с эталонами ответов
	Задания открытого типа: Ситуационные задачи Задания на дополнения	75 с эталонами ответов

ПК 6
Задания закрытого типа

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Диспептическая форма клинического течения рака ободочной кишки чаще встречается при локализации опухоли
1) в поперечной ободочной кишке
2) в правых отделах ободочной кишки
3) в левых отделах ободочной кишки
4) в прямой кишке
Эталон ответа: 2) в правых отделах ободочной кишки

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
К молекулярно-биологическим типам рака молочной железы не относится
1) тройной негативный
2) люминальный А
3) надпочечниковый
4) Her -2\neu - положительный
Эталон ответа: 3) надпочечниковый

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Поражение шейных лимфоузлов слева, медиастинальных, паховых лимфоузлов и селезенки при лимфоме Ходжкина расценивается как
1) III стадия заболевания
2) II стадия заболевания
3) I стадия заболевания
4) IV стадия заболевания
Эталон ответа: 4) IV стадия заболевания

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Понятие ранний рак подразумевает
1) тяжелую дисплазию
2) рак 0-I стадий
3) рак II-III стадий
4) все стадии рака, кроме IV
Эталон ответа: 2) рак 0-I стадий

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Поражение базального слоя эпидермиса кожи при меланоме соответствует степени инвазии по Clark:
1) I
2) V
3) III
4) IV
Эталон ответа: 1) I

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Наиболее часто встречающейся клинической формой рака молочной железы является:
1) маститоподобная
2) отёчно-инфильтративная
3) рак Педжета

4) узловая
Эталон ответа: 4) узловая

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Критерий «in situ» по Международной классификации TNM относится
1) к раку
2) к предраку
3) к доброкачественным опухолям
4) к тяжёлым дисплазиям
Эталон ответа: 1) к раку

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
По гистологическому строению рак желудка чаще всего является
1) аденокарциномой
2) плоскоклеточным раком
3) перстневидно-клеточным раком
4) нейроэндокринно-клеточным раком
Эталон ответа: 1) аденокарциномой

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ
Критерий N в классификации злокачественных опухолей по TNM – это:
1) степень дифференцировки опухоли
2) размер опухоли
3) отдаленные гематогенные метастазы
4) метастазы в регионарные лимфатические узлы
Эталон ответа: 4) метастазы в регионарные лимфатические узлы

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Критерий T в классификации злокачественных опухолей по TNM – это:
1) степень дифференцировки опухоли
2) размер или глубина инвазии опухоли
3) отдаленные гематогенные метастазы
4) метастазы в регионарные лимфатические узлы
Эталон ответа: 2) размер или глубина инвазии опухоли

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Критерий M в классификации злокачественных опухолей по TNM – это:
1) степень дифференцировки опухоли
2) размер или глубина инвазии опухоли
3) отдаленные гематогенные и(или) лимфогенные метастазы
4) метастазы в регионарные лимфатические узлы
Эталон ответа: 3) отдаленные гематогенные и(или) лимфогенные метастазы

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Карцинома «in situ» в классификации TNM соответствует:
1) 0 стадии
2) I стадии
3) II стадии
4) III стадии
Эталон ответа: 1) 0 стадии

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

К наиболее часто встречающейся морфологической форме рака щитовидной железы относится:
1) папиллярный рак
2) фолликулярная карцинома
3) медуллярный рак
4) недифференцированный рак
Эталон ответа: 1) папиллярный рак

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Медуллярный рак щитовидной железы развивается:
1) из А-клеток
2) из В-клеток
3) из С-клеток
4) из А и Б клеток
Эталон ответа: 3) из С-клеток

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
К костномозговым саркомам относятся
1) остеогенная саркома
2) саркома Юинга
3) хондросаркома
4) остеобластокластома
Эталон ответа: 2) саркома Юинга

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
К диффузной форме рака молочной железы относится:
1) маститоподобный рак
2) рак Педжета
3) рак молочной железы «in situ»
4) двусторонний рак молочных желез
Эталон ответа: 1) маститоподобный рак

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Наиболее часто встречающейся клинической формой рака молочной железы является:
1) маститоподобная
2) отёчно-инфильтративная
3) рак Педжета
4) узловая
Эталон ответа: 4) узловая

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Назовите наиболее часто встречающийся гистотип рака лёгкого
1) аденокарцинома
2) плоскоклеточный рак
3) мелкоклеточный рак
4) крупноклеточный рак
Эталон ответа: 2) плоскоклеточный рак

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Какой тип опухоли желудка называют «linitisplastica»
1) грибовидный или полиповидный
2) язвенно-инфильтративный

3) диффузно-инфильтративный
4) поверхностные плоские опухоли
Эталон ответа: 3) диффузно-инфильтративный

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ
К новообразованиям АПУД-системы относится
1) плоскоклеточный рак лшёгкого
2) медуллярный рак щитовидной железы
3) рак молочной железы
4) аденокарцинома желудка
Эталон ответа: медуллярный рак щитовидной железы

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Наличие множественных метастазов в регионарных лимфатических узлах характеризует, как правило
1) I стадию заболевания
2) II стадию
3) III стадию
4) IV стадию
Эталон ответа: III стадию

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
К радиочувствительным могут быть отнесены все перечисленные ниже опухоли, кроме:
1) лимфогранулематоза
2) семиномы
3) аденокарциномы желудка
4) мелкоклеточного рака легкого
Эталон ответа:

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
К эпителиальным доброкачественным опухолям легких относятся все перечисленные, кроме:
1) папилломы бронха
2) аденомы бронха
3) железистого полипа
4) гамартомы
Эталон ответа: 4) гамартомы

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Согласно классификации TNM (8-е издание, 2017) периферический немелкоклеточный рак легкого диаметром 4 см, не прорастающий висцеральной плевры, с одиночными метастазами в бронхо-пульмональных лимфатических узлах соответствует:
1) I стадии заболевания
2) IIA стадии
3) IIB стадии
4) IIIA стадии
Эталон ответа: 4) IIIA стадии

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Под термином "метастаз Вирхова" при раке желудка подразумевается метастаз
1) в клетчатку малого таза
2) в клетчатку малого таза

3) в пупок
4) в надключичный лимфоузел слева
Эталон ответа: 4) в надключичный лимфоузел слева

Задания открытого типа

Задание 1.
Для рака молочной железы регионарными являются _____.
Эталон ответа: подмышечные, подлопаточные, загрудинные, под- и надключичные.

Задание 2.
Наиболее частой морфологической формой рака щитовидной железы является _____.
Эталон ответа: папиллярный рак

Задание 3.
Наиболее часто встречающимся гистологическим вариантом рака желудка является _____.
Эталон ответа: аденокарцинома

Задание 4.
Критерий «in situ» по Международной классификации TNM относится к _____.
Эталон ответа: к раку в пределах слизистой оболочки

Задание 5.
Поражение шейных , медиастинальных и паховых лимфоузлов при лимфоме Ходжкина расценивается как _____
Эталон ответа: III стадия заболевания

Задание 6.
Поражение базального слоя эпидермиса кожи при меланоме соответствует _____ степени инвазии по Clark:
Эталон ответа: первой

Задание 7.
Тройной негативный, люминальный А и В относят к _____ типам рака молочной железы.
Эталон ответа: молекулярно-биологическим

Задание 8.
Международная классификация новообразований по системе TNM применяется для характеристики _____
Эталон ответа: злокачественных опухолей

Задание 9.
Понятие «ранний рак» подразумевает _____ стадии заболевания.
Эталон ответа: первую и вторую

Задание 10.

Наиболее часто встречающимся гистологическим вариантом рака лёгкого является _____

Эталон ответа: плоскоклеточный рак

Задание 11.

Мужчина, 64 лет, обратился с жалобами на тупую боль в эпигастральной области, задержку твердой пищи в пищеводе на уровне мечевидного отростка грудины, прогрессирующие слабость, похудание, ухудшение аппетита. История заболевания. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом. Заболевание проявлялось изжогой, отрыжкой горьким при погрешности в диете. Три месяца назад без видимой причины появилась тупая боль в эпигастральной области, возникавшая после приема пищи. Через месяц боль стала постоянной, но осталась неинтенсивной. Обратился к терапевту. Врач диагностировала обострение хронического гастрита, назначил диету, медикаментозное лечение. Эффекта от проведенного лечения не было. Два месяца назад в области мечевидного отростка стала задерживаться твердая пища. Больной начал худеть, ухудшился аппетит, появилась нарастающая слабость. Анамнез жизни. Курит с 15 лет. Злоупотребляет приемом алкоголя, часто употребляет маринады и копчености домашнего изготовления. Любит соленую пищу. Объективно. Питание удовлетворительное. Живот мягкий, при пальпации легкая болезненность в эпигастральной области, опухолевидных образований не прощупывается.

Вопросы:

1. О каком заболевании можно подумать на основании имеющихся клинических данных?
2. С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику
3. К какой клинической группе диспансерного наблюдения можно отнести данного пациента

Эталон ответа:

Рак желудка

Обострение хронического гастрита или язвенной болезни желудка, ахалазия пищевода, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), полипы желудка

Ia

Задание 12.

Больной, 60 лет, предъявляет жалобы на чувство тяжести и боль в эпигастральной области после еды, тошноту, изжогу, периодическую рвоту пищей, слабость, прогрессирующие похудание, снижение аппетита. Болен в течение двух месяцев. Вначале появилась боль в эпигастральной области справа от средней линии, тупая, ноющая. Через 2 недели стал ощущать переполнение желудка после приема пищи, тошноту, во второй половине дня возникала рвота, приносившая облегчение. В рвотных массах обнаруживал плохо переваренную пищу, съеденную утром. Позднее присоединилась слабость, ухудшился аппетит, стал худеть. Потеря веса за 2 мес. составила 10 кг. В течение 10 лет страдает хроническим гастритом, который проявлялся изжогой, горькой отрыжкой и ноющей разлитой болью в эпигастральной области после еды. Эти симптомы возникали редко, провоцировались приемом алкоголя и погрешностью в питании. Купировались диетой, приемом соды. Дважды проходил эндоскопическое обследование. Заключение: хронический атрофический гастрит. Наследственность не отягощенная. Объективно: Питание понижено. Живот безболезнен, в эпигастральной области определяется шум плеска. Печень не увеличена. Опухолевидных образований в брюшной полости не прощупывается. Описание рентгенолога (гастроскопия): Желудок натощак содержит большое количество слизи, гипотоничен. Антральный отдел циркулярно сужен, контуры неровные, подрытые, перистальтика не прослеживается, эвакуация из желудка замедлена. При дополнительном обследовании у больного обнаружены отдаленные метастазы.

Вопросы

Какое заболевание по такому описанию кажется наиболее вероятным?
Какое осложнение имеет место у данного пациента?
При какой форме роста опухоли возможна такая рентгенологическая картина?
В какой орган чаще всего гематогенно метастазирует рак желудка?
Эталон ответа:
Рак желудка
Субкомпенсированный стеноз.
Инфильтративная форма.
Печень

Задание 13.
Больной Н., 65 лет, поступил в клинику с жалобами на потерю массы тела, слабость, периодические боли в эпигастрии, изменение цвета кала (периодически чёрного цвета). Пациенту проведены рентгенологическое исследование желудка и фиброгастроскопия с биопсией. На малой кривизне желудка обнаружено образование размером 6х4 см с валикообразными краями и западающей центральной частью, покрытой серым налетом. Взята биопсия, при гистологическом исследовании полученного материала обнаружена картина рака. При дальнейшем исследовании данных за отдалённые метастазы не выявлено. Произведена гастрэктомия, удалены большой и малый сальники.
Вопросы:
1. Назовите макроскопическую форму рака желудка.
2. Назовите, какой рост по отношению к просвету желудка для нее характерен.
3. Какой гистологический тип рака чаще всего находят при этой форме рака желудка?
4. Где еще можно искать лимфогенные метастазы рака желудка, в чем особенность лимфогенного метастазирования этой опухоли?
5. Почему изменился цвет кала, о каких осложнениях рака это свидетельствует?
Эталон ответа:
Инфильтративно-язвенная форма рака желудка
Эндофитный рост
Аденокарцинома
Регионарные лимфатические узлы II и III порядков (вдоль чревного ствола и его ветвей, параэзофагеальные, узлы ворот селезёнки, парапанкреатические, парапилорические и др. Особенностью является орто- и ретроградное лимфогенное метастазирование и возможность появления отдалённых ретроградных лимфогенных метастазов
Изменение цвета кала говорит о наличии эпизодов кровотечения из опухоли

Задание 14.
В верхне-наружном квадранте правой молочной железы опухоль 4х3см, отек кожи по типу "лимонной корки", определяется увеличенный плотный лимфатический узел в правой подмышечной области. При СРКТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза других опухолевидных образований не выявлено.
Вопросы:
Какое заболевание можно предположить?
Определите клиническую форму заболевания.
Определите стадию процесса по TNM
Определите клиническую группу диспансерного наблюдения
Эталон ответа:
Рак молочной железы
Узловая форма
T2N1M0
IIA

Задание 15.
Больной Ж., 49 лет, обратился к врачу с жалобами на потерю аппетита, слабость, снижение массы тела, частые боли в эпигастрии, постоянную тошноту, периодически рвоту непереваренной пищей. Перечисленные симптомы постепенно нарастают в течение 2 лет, 3 раза проводилось фиброгастроскопическое исследование со взятием биопсии. Данные гистологического исследования — хронический поверхностный гастрит. За последние 2 месяца отмечает прогрессивное ухудшение состояния, потерял в весе до 15 кг. При осмотре Питание понижено. Живот умеренно болезнен в эпигастральной области. Печень не увеличена. Опухолевидных образований в брюшной полости не прощупывается. Определяется плотное безболезненное малоподвижное образование в надключичной области слева 3,5х3 см (лимфоузел). При рентгенологическом исследовании выявлен утолщенный нерастяжимый желудок в виде «кожаного мешка». При гастроскопии обнаружено утолщение складок слизистой оболочки желудка во всех отделах, взята биопсия, в которой выявлены признаки рака.
Вопросы:
1. Назовите макроскопическую форму рака желудка.
2. Назовите, какой рост по отношению к просвету желудка для нее характерен.
3. Какой гистологический тип (или типы) рака чаще всего находят при этой форме рака желудка?
4. Что означают изменения, которые найдены в левом надключичном лимфатическом узле?
5. Какая стадия заболевания и почему?
Эталон ответа:
Тотальный рак желудка, диффузно-инфильтративная форма (linitis plastica).
Эндофитный рост
Тубулярную аденокарциному или перстневидноклеточный рак
Данные изменения характерны для ретроградного отдалённого лимфогенного метастазирования рака желудка (имеет место «метастаз Вирхова»)
IV стадия заболевания (критерий по TNM – M1).

Задание 16
Женщина 70 лет, 4 года назад перенесла инфаркт миокарда. При контрольном осмотре у кардиолога предъявила жалобы на чувство быстрого насыщения и ощущение полноты в желудке после приема небольших порций пищи. Других желудочных и общесоматических жалоб не предъявляла. Указанные симптомы возникли без видимой причины 2 месяца назад. Никакой динамики за этот период не наблюдалось. Врач направила больную на рентгенологическое обследование и ФГС.
Вопросы:
Назовите предполагаемый диагноз
К какой клинической группе диспансерного наблюдения можно отнести данную пациентку
Эталон ответа:
Рак желудка
Iа группа

Задание 17.
У девочки 14 лет после травмы 4 месяца назад появились припухлость в верхней трети голени и боли преимущественно по ночам. Получала физиотерапевтическое лечение. Уплотнение медленно увеличивается. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела нормальная. В верхней трети правой голени плотная, слегка болезненная опухоль размером 7 × 6 см, от кости не отводится, без четких контуров, кожа над ней не изменена.

Ограничение подвижности в коленном суставе. Регионарные (паховые) лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

Каков предположительный диагноз?

Из каких клеток развивается данная опухоль?

В какой орган-мишень отмечается наиболее частое гематогенное метастазирование

Эталон ответа:

Клиническая картина соответствует остеогенной саркоме верхней трети правой большеберцовой кости.

Из остеобластов

В лёгкие

Задание 18.

Больному 68 лет по поводу острой кишечной непроходимости произведена лапаротомия. Выявлена стенозирующая опухоль в нисходящем отделе ободочной кишки размерами 10,0х5,3см, петли приводящей кишки раздуты, растянуты кишечным содержимым. Опухоль распространяется на забрюшинную жировую клетчатку, практически неподвижная, определяются многочисленные увеличенные уплотнённые регионарные лимфоузлы и множественные узловые образования в обеих долях печени размерами до 1.5 – 2,0 см.

Вопросы:

Назовите предполагаемый диагноз

Дайте характеристику опухоли по TNM

Укажите стадию заболевания

Эталон ответа:

Рак нисходящей ободочной кишки

T4N3M1 (печень)

IV стадия заболевания

Задание 19.

Мальчик 14 лет, в течение двух месяцев жалуется на боли в области правого коленного сустава, которые последние две недели стали носить интенсивный характер. Ребёнок плохо спит по ночам из-за болей, у него ухудшился аппетит, похудел. В анамнезе: ребёнок первый в семье, родился доношенным, рос и развивался соответственно возрасту. Прививки сделаны все, аллергологический анамнез не отягощён. Семейный анамнез: родители здоровы, бабушка (по отцу) умерла от рака прямой кишки. Осмотр: кожные покровы бледные, ребёнок пониженного питания. Сердечные тоны приглушены, ЧСС 100уд/мин., АД 110/70мм рт.ст. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень по краю рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Локально: в нижней трети правого бедра отёчность, объём увеличен по сравнению со здоровым бедром на 4см, усилен венозный рисунок, движения в коленном суставе ограничены. На рентгенограмме: литический очаг в нижней трети бедренной кости с неотчётливыми контурами, треугольник Кодмена и образование костного вещества по ходу сосудов. Общий анализ крови: Hb 75г/л, эритроциты 3,1.1012/л, цв.показатель 0,6; лейкоциты 9,8.109/л; п/я 5%; с/я 63%; э 3%; лимфоциты 21%; моноциты 8%; СОЭ 54мм/час. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, pH 6,0; уд.вес 1023, белок отрицательный, сахар отрицательный, лейкоциты 2-3 в п/з., эритроциты 0. Биохимический анализ: общий белок 55г/л, альбумины 50%, глобулины: α1 3%, α2 13%, β 12%, γ 22%; щелочная фосфатаза 280ед/л, АлАТ 23ед., АсАТ 28ед., амилаза 30ед/л., тимоловая проба 4ед., общий билирубин 16мкмоль/л, связанный 2мкмоль/л, реакция прямая. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная,

эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Рентгенограмма лёгких – легочные поля без очаговых теней.
Вопросы:
Обоснуйте диагноз.
Из каких клеток развивается данная опухоль?
Определите стадию заболевания.
К какой клинической группе диспансерного наблюдения можно отнести пациента
Эталон ответа:
Диагноз: остеогенная саркома дистального метафиза правой бедренной кости,
Из остеобластов
Стадия IIБ.
II группа

Задание 20.
Пациентка, 48 лет, при УЗИ обследовании в правой доле щитовидной железе выявлена опухоль диаметром до 1,5 см, при тонкоигольной пункционной биопсии в доставленном материале определяется папиллярный рак. При дальнейшем исследовании данных за регионарные и отдалённые метастазы не получено.
Вопросы:
К какой форме рака щитовидной железы относится папиллярный?
Охарактеризуйте опухоль по системе TNM
Определите стадию заболевания
К какой клинической группе диспансерного наблюдения относится пациентка?
Эталон ответа:
К дифференцированной
T1N0M0,
I стадия
II клиническая группа.

Задание 21.
Мальчик, 11 лет. Жалобы на боль в правой половине грудной клетки, припухлость над правой ключицей, периодическое повышение температуры до 38оС. Анамнез: после перенесенной ангины появилась боль в грудной клетке, через две недели - припухлость над ключицей. В анализе крови воспалительные изменения. Объективно: припухлость без четких границ над правой ключицей, болезненная при пальпации. На рентгенограммах грудной клетки в двух проекциях - большой гомогенный узел округлой формы, занимающий верхнюю треть правого гемиторакса, легочный рисунок усилен под узлом. На рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции – в первом правом ребре на всем протяжении мелкоочаговая смешанного характера деструкция с линейной периостальной реакцией по верхнему контуру ребра.
Вопросы:
Ваше заключение?
Определяюший метод диагностики?
Возможные варианты лечения?
Эталон ответа:
Саркома Юинга первого правого ребра.
Препанбиопсия с гистологическим исследованием
Лечение: многокомпонентная химиотерапия. Если возможно - радикальное удаление опухоли (включая кость и мягкотканный компонент).

Задание 22.

Больная К.,67. жалуется на тупые боли внизу живота, периодически сопровождающиеся вздутием, урчанием в животе, неустойчивый стул, чередование запоров и поносов, примесь слизи и крови в кале. Указанные жалобы отмечаются в течение 6 месяцев. Последнее время стала ощущать слабость, недомогание, повышенную утомляемость, незначительное похудание. Температура по вечерам – 37,2 - 37,5˚С.

Вопросы:

Какое заболевание можно заподозрить?

В каком отделе толстой кишки может локализоваться опухоль?

Какие клинические формы рака толстой кишки Вы знаете?

Эталон ответа:

Можно заподозрить опухоль толстой кишки.

В сигмовидной кишке или ректосигмоидном отделе.

Формы рака толстой кишки: интоксикационно-анемическая, опухолевая, энтероколитическая, псевдовоспалительная, обтурационная.

Задание 23.

Больной 49 лет, лечился в терапевтическом отделении по поводу железодефицитной анемии и был выписан с некоторым улучшением. Последние 2 месяца беспокоит головная боль, резкая слабость, отсутствие аппетита, снижение работоспособности, потерял вес до 10 кг, периодически отмечает каловые массы черного цвета. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, безболезненный при поверхностной пальпации, при глубокой – в правой подвздошной области определяется опухолевидное образование размерами 6х4 см, несколько болезненное, бугристое, без чётких контуров, умеренно смещаемое. Симптомов раздражения брюшины нет.

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз?

Какая клиническая форма заболевания у больного

К какой клинической группе диспансерного наблюдения можно отнести данного пациента

Эталон ответа:

Рак слепой кишки

Токсико-анемическая

Iа группа

Задание 24.

К врачу обратился больной К., 65 лет с жалобами на ноющие боли в левом подреберье, ощущение тяжести. В последнее время отмечает снижение аппетита, за последний месяц потерял в весе около 5 кг, появились запоры, задержка стула бывает на 2-3 дня. Периодически бывает вздутие живота. Больной повышенного питания, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 78 уд. в мин. АД 140/80 мм рт. ст. Над легочными полями дыхание везикулярное. Язык обложен белесоватым налётом. Живот мягкий, в левом подреберье умеренно болезнен, при глубокой пальпации нечетко определяется малоподвижное опухолевидное образование. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальцевом исследовании прямой кишки сфинктер в тонусе, на перчатке кал обычного цвета, патологические образования не определяются. Диурез достаточный.

Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз?

Какая клиническая форма заболевания у больного

К какой клинической группе диспансерного наблюдения можно отнести данного пациента

Эталон ответа:

Рак селезёночного угла ободочной кишки.

Обтурационная

Iа группа

Задание 25.
Больной К., 42 лет предъявляет жалобы на выделение крови и слизи в начале акта дефекации, периодически возникающие запоры сменяющиеся поносами. При исследовании per rectum на расстоянии 7 - 8 см от ануса определяется нижний край опухолевидного образования плотной консистенции, бугристое, исследование умеренно болезненно, опухолевидное образование, занимает до 2/3 полуокружности прямой кишки.
Вопросы:
Поставьте предварительный диагноз.
При обследовании у пациента выявлены увеличенные паратуморозные лимфоузлы в мезоректальной клетчатке. Какая стадия заболевания у пациента?
К какой клинической группе можно отнести данного пациента?
Эталон ответа:
Рак прямой кишки
III стадия
II клиническая группа

Задание 26.
Больная 52 лет, за последние два месяца похудела на 7 кг. Две недели назад появился кожный зуд, желтушность кожи и склер, темная моча. Болевой синдром не выражен. Объективно: желтушность кожи с землистым оттенком. В правом подреберье пальпируется плотное, гладкое, шаровидное безболезненное образование. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, край ее гладкий, поверхность ровная.
Вопросы:
Какое заболевание можно предположить?
Какое осложнение имеется у больной?
К какой клинической группе можно отнести данную пациентку?
Эталон ответа:
Рак головки поджелудочной железы
Синдром механической желтухи
Iа группа

Задание 27.
У больного Я., 59 лет, в течение 2-х месяцев отмечается желтуха, снижение аппетита, похудел на 15 кг. При обследовании выявлена увеличенная печень, пальпируется малоподвижное образование в эпигастральной области справа над пупком. В течение последних 2-х недель отмечает рвоту с примесью крови, носовые кровотечения, появление кровоизлияний на туловище.
Вопросы:
Какой диагноз можно поставить в этом случае?
Как объяснить повышенную кровоточивость?
К какой клинической группе можно отнести данного пациента?
Эталон ответа:
Рак головки поджелудочной железы
Длительная желтуха приводит к нарушению функции печени, в том числе и нарушению образования белков, участвующих в процессе гемостаза, результатом чего является гипокоагуляция и геморрагический синдром
Iа группа

Задание 28.
Больной Г., 60 лет, госпитализирован в клинику для обследования в связи с болью в правом подреберье, признаками желтухи. В анамнезе перенесенный вирусный гепатит В,

осложнившийся циррозом печени. При физикальном исследовании обнаружена увеличенная, выступающая из под реберной дуги болезненная и бугристая печень. Реакция Абелева-Татаринова резко положительная. При УЗИ брюшной полости выявлено узловое образование правой доли печени размерами 15х12 см , с вовлечением IV сегмента, 2 узла в левой доле печени размерами 3х2 и 2х2 см, асцит до 1л. Лимфатические узлы ворот печени и гепатодуоденальной связки не увеличены. При дальнейшем исследовании других очагов поражения не выявлено. Проведена биопсия печени. При гистологическом исследовании биоптата определяется участок ткани, состоящий из небольших похожих на паренхиматозные клетки, имеющие очень крупные ядра с увеличенным ядерно-цитоплазматическим отношением (8:1). Встречаются ядра неправильной фестончатой формы с нежной (молодой) структурой, содержащие 3-5 крупных ядрышек. Клетки не образуют межклеточные контакты, лежат обособленно, не формируют характерные для печени тканевые структуры. В этих клетках имеются фигуры митоза. В некоторых участках данные клетки перфорируют стенки микрососудов, врастают в окружающие тканевые элементы, разрушая их, прорастают в капсулу печени и инфильтрируют ткани органов, прилежащих к печени.

Вопросы:

Ваш диагноз?

Назовите проявления тканевого и клеточного атипизма, которые имеют место в гистологическом препарате.

Какой вид белка определяется реакцией Абелева-Татаринова?

Имеется ли причинная связь вирусного гепатита В и цирроза с описанным заболеванием?

Определите предположительную стадию заболевания.

Эталон ответа:

Первичный рак печени

Маленькие ядра с очень большим ядром, с несколькими ядрышками, отсутствие стромальных структур, фигуры митоза, признаки инфильтративного роста

Альфа-фетопротеин

Вирусный гепатит и цирроз печени являются факультативными предраковыми заболеваниями для первичного рака печени

IIIA стадия (T3N0M0)

Задание 29.

У курильщика 68 лет появилось плотное безболезненное образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытое корочкой размерами 1,0 см. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2,0 см.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

При гистологическом исследовании биопсийного материала из опухоли и лимфатического узла на шее получено заключение о наличии плоскоклеточного ороговевающего рака. Поражения других регионарных лимфоузлов, а также отдалённых метастазов не выявлено. Назовите стадию процесса.

К какой клинической группе можно отнести данного пациента?

Эталон ответа:

Рак нижней губы

На основании размеров опухоли до 2 см и наличия единичного метастатического лимфатического узла у больного III стадия заболевания (T1N1M0)

II группа

Задание 30.

Больной Н., 53 лет, сварщик. Курит в течение 30 лет. Предъявляет жалобы на поперхивание, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле, охриплость. Болеет в течение 3 месяцев. 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: плоскоклеточный рак с ороговением.

Вопросы:

Назовите предварительный диагноз?

При выполнении УЗИ шеи выявлено увеличение 1 паратрахеального лимфатического узла справа. При пункционной биопсии получен ответ: метастаз плоскоклеточного рака. Отдалённых метастазов не выявлено. Определите стадию заболевания.

К какой клинической группе можно отнести данного пациента?

Эталон ответа:

Рак гортани.

Необходимо дополнительно выполнить УЗИ шеи для определения возможных изменений в регионарных лимфоузлах, рентгеновскую компьютерную томографию шеи и органов грудной клетки для уточнения распространённости патологического процесса и наличия отдалённых метастазов, выполнить УЗИ брюшной полости для исключения метастазов в печени.

T3N1M0, стадия III

II группа

Задание 31.

Задача 1.

На прием пришла пациентка, 48 лет, с жалобой на кровянистые выделения из соска правой молочной железы. Обратила внимание 3 недели назад. При осмотре выявлена язва соска размерами 0,5х0,7 см с кровянистым отделяемым. Молочные железы большого размера. Аксиллярные лимфоузлы с обеих сторон пальпаторно не увеличены. Цитологическое исследование мазка-отпечатка с язвы правой молочной железы выявило раковые клетки. Пациентка желает сохранить грудь.

Вопросы:

Назовите предполагаемый диагноз

При обследовании пациентки данных за регионарные и отдалённые метастазы не получено. Назовите предполагаемую стадию заболевания.

Назовите клиническую группу.

Эталон ответа:

Рак Педжета

T1N0M0, стадия I

II группа

Задание 32.

Пациентка 37 лет заметила уплотнение в левой молочной железе 2 недели назад. При осмотре выявлена опухоль в верхне-наружном квадранте левой молочной железы, не спаянное с окружающими тканями размером 1 см. Увеличен 1 лимфоузел в левой аксиллярной области. При цитологическом исследовании пунктата из образования и лимфоузла выявлены клетки протоковой аденокациномы.

Вопросы:

Ваш диагноз

При обследовании данных за отдалённые метастазы не выявлено. Определите стадию заболевания;

Определите клиническую группу;

Эталон ответа:
Рак левой молочной железы
T1N+M0, IIA
II

Задание 33.
Больная 38 лет, при профосмотре выполнена маммогафия, по результатам которой установлено, что на границе внутренних квадрантов левой молочной железы определяется тень округлой формы 1,3см в диаметре с ободком просветления. Жалоб больная не предъявляет. При осмотре: молочные железы симметричные, соски не втянуты. При пальпации на границе внутренних квадрантов левой молочной железы определяется опухоль около 1,5см в диаметре мягко-эластической консистенции, правильной округлой формы, смещаемое, безболезненное. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.
Вопросы:
Ваш диагноз?
Назовите клиническую группу для данной пациентки
Эталон ответа:
Солитарная киста левой молочной железы.
Iб группа

Задание 34.
Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на отек, незначительную болезненность левой молочной железы. Жалобы возникли три недели назад, симптоматика постепенно нарастала. Температура тела 36,6°С. При осмотре: левая молочная железа больше правой, кожа железы диффузно отечна, умеренно гиперемирована. Отмечается некоторое повышение локальной температуры. При пальпации умеренная болезненность, диффузное уплотнение за счет отека. Узловые образования не определяются. В левой подмышечной области определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы, плотной консистенции, безболезненные.
Вопросы:
Сформулируйте диагноз.
Какая клиническая форма заболевания у пациентки
При обследовании данных за отдалённые метастазы не выявлено. Определите стадию заболевания;
Определите клиническую группу;
Эталон ответа:
Рак левой молочной железы.
Отечно-инфильтративная форма
T4N1M0, стадия III
II

Задание 35.
Женщина 55 лет случайно обнаружила опухоль в правой молочной железе. Менопауза 5 лет. При осмотре: молочные железы больших размеров, кожные покровы не изменены, соски без изменений, выделений из них нет. При пальпации в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется плотное, безболезненное малоподвижное образование размерами 3,0х2,2см.
Вопросы:
Ваш предварительный диагноз?
Как можно на данном этапе охарактеризовать опухоль по системе TNM?
Определите клиническую группу;
Эталон ответа:

Рак молочной железы
T2NxMx
Iа группа

Задание 36.
В терапевтическое отделение больницы поступил мужчина 50 лет, с жалобами на слабость, кашель с небольшим количеством мокроты, повышение температуры до 37,5°С. В анамнезе частые простудные заболевания. Курит. При рентгенологическом исследовании легких обнаружено затемнение в прикорневой зоне правого лёгкого и понижение воздушности средней доли.
Вопросы:
О каком заболевании нужно подумать?
Какой рентгенологический признак является основным для Вашей диагностической версии?
Определите клиническую группу;
Эталон ответа:
Центральный рак легкого.
Понижение воздушности средней доли правого лёгкого
Iа группа

Задание 37.
Вы работаете врачом в терапевтическом стационаре. К Вам поступил больной с клиникой обострения хронического бронхита, с жалобами на субфебрильную температуру и постоянный сухой кашель с незначительным количеством мокроты. При рентгенографии лёгких в 2-х проекциях данных за злокачественный процесс не выявлено. Однако, несмотря на проводимое лечение, состояние пациента не улучшается, сохраняется температура и в мокроте появились прожилки крови.
Вопросы:
Какое заболевание можно заподозрить в данном случае?
Укажите основные «настораживающие» симптомы, подтверждающие Вашу версию диагноза.
Определите клиническую группу;
Эталон ответа:
Рак лёгкого
Наличие в анамнезе хронического заболевания бронхов, постоянный сухой кашель, наличие кровохарканья
Iа группа

Задание 38.
К невропатологу на прием обратилась женщина 57 лет с жалобами на боль в правом плече. Считает себя больной в течение месяца. Начало заболевания связывает с резким переохлаждением. Врач поставил диагноз плексит и назначил физиотерапевтическое лечение. Состояние больной ухудшилось, появилась температура. Через несколько дней врач диагностировал наличие триады Горнера. Несмотря на это он продолжил лечение.
Вопросы:
Какое заболевание можно предположить в данном случае?
Что включает и
На что в данной ситуации указывает синдром Горнера?
Каков предположительно критерий Т по системе TNM у данного пациента?
Эталон ответа:
Рак верхушки правого лёгкого (рак Пенкоста)
Птоз, миоз и энофтальм на стороне поражения

На местное распространение опухоли на плечевое нервное сплетение и парасимпатический нервный ствол.
T4

Задание 39.
Больной 56 лет, длительное время работал на стекольном производстве, курильщик. Наблюдается у терапевта по поводу хронического бронхита, ежегодно выполняется только флюорография. После очередного посещения врача через два месяца в мокроте появились прожилки крови, лечился самостоятельно. Состояние ухудшилось, появилась температура, слабость, резко похудел. При обращении к врачу выполнено рентгенологическое исследование легких и выявлен ателектаз нижней доли правого лёгкого.
Вопросы:
Какое заболевание можно заподозрить в данном случае?
Укажите основные «настораживающие» симптомы, подтверждающие Вашу версию диагноза.
Определите клиническую группу;
Эталон ответа:
Рак лёгкого
Наличие в анамнезе хронического заболевания бронхов, прожилки крови в мокроте, ателектаз нижней доли правого лёгкого.
Iа группа

Задание 40.
Больному 61 год. 3 года назад по поводу центрального рака легкого T1N0M0 выполнена лобэктомия. Гистологическое заключение – мелкоклеточный рак. От дальнейшего лечения отказался. В настоящее время предъявляет жалобы на головные боли.
Вопросы:
Какая клиническая группа у больного была в течение 3 лет после операции
Какую патологию можно предполагать в данном случае?
При РКТ органов грудной полости, средостения, головного мозга выявлен единичный метастаз в височно-теменной области слева, размерами 3х2 см. В какую клиническую группу диспансерного наблюдения необходимо перевести пациента?
Эталон ответа:
III клиническая группа
В данном наблюдении нельзя исключить метастазы в головной мозг
II клиническая группа

Задание 41.
К дерматологу обратилась пациентка 68 лет с жалобами на наличие опухоли на коже угла глаза. Данное образование существует около 6 лет, медленно увеличивается в размерах. Лечилась самостоятельно мазями, однако опухоль увеличивалась в размерах, затем появилось изъязвление. Это послужило причиной обращения к врачу. При осмотре: на коже имеется узловое образование размером 0,8х0,5х0,3см, с углублением в центре, вокруг белесоватый венчик. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.
Вопросы:
О каком заболевании идёт речь?
При обследовании подтверждена злокачественная природа опухоли. Определите стадию заболевания
Определите клиническую группу
Эталон ответа:
Базальноклеточный рак.

I стадия
II клиническая группа

Задание 42.
Больной 55 лет длительное время лечился у хирурга по поводу трофической язвы голени. Эффекта от консервативного лечения не было, за последние 6 месяцев размены язвы увеличивались. При осмотре во время очередного посещения врача: на коже передней поверхности голени трофическая язва, в нижнем углу которой на участке размерами 5х4х3см ткани уплотнены, инфильтрированы, возвышаются над остальной поверхностью язвы, грануляции отсутствуют, на поверхности пленки фибрина. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Врач рекомендовал продолжить консервативное лечение.
Вопросы:
Какое заболевание можно заподозрить в данном случае?
Определите клиническую группу
Проанализируйте тактику врача.
Эталон ответа:
Учитывая анамнез, клиническую картину, отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение нескольких лет необходимо заподозрить плоскоклеточный рак кожи
Iа группа
В действиях врача отсутствует онконастороженность, что может привести к прогрессированию заболевания и генерализации опухолевого процесса

Задание 43.
К врачу дерматологу обратилась пациентка 14 лет с жалобами на наличие пигментной опухоли на коже левого бедра. Из анамнеза: данное образование существует с рождения, увеличивалось параллельно с ростом больной. В период начала менструаций заметила быстрое его увеличение, а за три месяца до обращения к врачу отметила изменение цвета и легкую ранимость. При осмотре: на коже имеется пигментная опухоль размерами 3,0х2,0х1,0см, с бугристой поверхностью, темно-коричневого цвета. Врач направил больную к онкологу.
Вопросы:
О каком заболевании можно подумать?
Укажите факторы риска
Укажите симптомы активизации невуса.
Эталон ответа:
Меланома кожи.
К факторам риска относится: активизация врожденного образования в период полового созревания.
Симптомы активизации – рост опухоли, изменение её цвета.

Задание 44.
К хирургу обратился пациент 23 лет с жалобами на наличие опухоли в подмышечной области слева. При осмотре: в подмышечной области имеется плотный конгломерат, кожа над ним гиперемирована, истончена. Врач, на основании этих данных, поставил диагноз лимфаденит и произвел вскрытие. При этом гноя получено не было, а в дне раны выявлены рыхлые, незначительно кровоточащие массы черного цвета. Несмотря на это, «гнойник» был дренирован и назначено противовоспалительное лечение.
Вопросы:
О каком заболевании может идти речь в данном наблюдении?
Назовите основные ошибки врача – хирурга.
Эталон ответа:
Меланома, метастатическая форма.

В данной ситуации врач не собрал анамнез, не полностью осмотрел больного, не выполнил пункционную биопсию. Даже при отсутствии гноя и наличии бесструктурных масс черного цвета не заподозрил метастаз меланомы. Необходимо было направить больного к онкологу.

Задание 45.
У мальчика 14 лет на коже имеется множество пигментных образований. Со слов матери они как врожденные, так и появившиеся в течение последнего года. Три образования на передней брюшной стенке быстро увеличились в размере, потемнели. При осмотре дерматологом были обнаружено, что они находятся в области постоянного раздражения поясным ремнем. Врач порекомендовал наблюдение.
Вопросы:
С какими факторами связано увеличение количества пигментных образований?
Какую тактику рекомендовали бы Вы?
Эталон ответа:
С периодом полового созревания
Учитывая период полового созревания, активизацию трех опухолей и постоянную их травматизацию, необходимо удалить три пигментных опухоли в условиях онкологического учреждения с морфологической верификацией. За остальными пигментными образованиями необходимо рекомендовать динамическое наблюдение онколога.

Задание 46.
Девочка 15 лет, обнаружила опухоль в области шеи слева. Врач не выявил у пациентки болезненных симптомов и какого - либо специфического заболевания, но обратил внимание на наличие увеличенного шейного лимфатического узла кзади от кивательной мышцы размером 3х2 см, эластичного, умеренно подвижного, фиксированного к коже. При пункционной биопсии выявлены клетки Рида-Штенбергера.
Вопросы:
Дайте определение заболевания.
Назовите основные гистологические варианты данного заболевания?
При обследовании увеличения других групп лимфатических узлов, печени и селезёнки не выявлено. Определите стадию заболевания.
Эталон ответа:
Лимфогранулематоз
Лимфоидное преобладание, нодулярный (узловатый) склероз, смешанно-клеточный, лимфоидное истощение
IA стадия

Задание 47.
Больной 62 лет, поступил с жалобами на лихорадку, ночные поты, потерю в весе, зуд. Болен в течение 3 лет. При осмотре: пальпируются увеличенные, подвижные, не спаянные с кожей, плотно-эластические лимфоузлы, в шейно-надключичной области справа сливающиеся между собой в конгломераты. Легкие и сердце без особенностей. Печень у реберной дуги. Селезенка выступает на 3 см из-под реберной дуги. Анализ крови: Нв 100, лейк. 3,2, Эоз. 11%, п/я 4%, с/я 62%, лимф 14%, мон. 6, тромб. 20,0, СОЭ 20.
Вопросы:
1) Наиболее вероятная причина лимфопролиферативного синдрома с учетом анализа крови?
2) Что ожидается в биоптате лимфоузла?
3) Определите предполагаемую стадию заболевания.?
Эталон ответа:

Пример ответов на ситуационную задачу №2
1. Лимфогранулематоз.
2. Клетки Березовского-Штернберга
3. IIIБ

Задание 48.
У больного 48 лет по поводу рака выходного отдела желудка без отдалённых метастазов выполнена операция в объёме дистальной субтотальной резекции желудка. Заключение гистологического исследования: В стенке желудка низкодифференцированная G3 аденокарцинома с участками муцинозного (10%) компонента, с изъязвлением, воспалением, очагами некроза, инфильтрирует слизистый слой, подслизистый слой, мышечный слой, субсерозу, с инвазией периневральных пространств, наличием опухолевых эмболов в кровеносных сосудах. Признаков инвазии в лимфатические сосуды не обнаружено. По линиям резекции элементов опухоли не обнаружено. Вне опухоли в слизистой оболочке желудка хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией, с интраэпителиальной неоплазией высокой степени high -grade. В 16-ти лимфатических узлах, выделенных из регионарной жировой клетчатки, синус-гистиоцитоз, липоматоз, элементов опухоли не обнаружено. В сальнике опухолевого роста не обнаружено.
Вопросы:
Определите стадию заболевания по TNM
Какая клиническая группа должна быть установлена для больного?
Эталон ответа:
pT3N0M0, стадия IIA
II клиническая группа

Задание 49.
У больного 64 лет по поводу рака тела желудка без отдалённых метастазов выполнена операция в объёме гастрэктомии. Заключение гистологического исследования: В стенке желудка умереннодифференцированная G2 аденокарцинома с участками муцинозного (10%) компонента, с изъязвлением, воспалением, очагами некроза, инфильтрирует слизистый слой, подслизистый слой и мышечный слой. Признаков инвазии в лимфатические сосуды не обнаружено. По линиям резекции элементов опухоли не обнаружено. Вне опухоли в слизистой оболочке желудка хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией. В 16-ти регионарных лимфатических узлах, элементов опухоли не обнаружено. В сальнике опухолевого роста не обнаружено.
Вопросы:
Определите стадию заболевания по TNM
Какая клиническая группа должна быть установлена для больного?
Эталон ответа:
pT2N0M0, стадия IB
III клиническая группа

Задание 50.
У больного 72 лет по поводу рака тела желудка, множественными метастазами в обе доли печени, на фоне профузного желудочно-кишечного кровотечения выполнена операция в объёме гастрэктомии. Заключение гистологического исследования: В стенке желудка умереннодифференцированная G2 аденокарцинома, с изъязвлением, воспалением, очагами некроза, с инфильтрацией до серозного слоя. Имеются признаки инвазии в лимфатические и кровеносные сосуды. По линиям резекции элементов опухоли не обнаружено. Вне опухоли в слизистой оболочке желудка хронический атрофический гастрит с кишечной метаплазией. В 6 из 16-ти регионарных лимфатических узлов

обнаружены метастазы рака. В сальнике опухолевого роста не обнаружено. В дальнейшем планируется проведение паллиативной химиотерапии.
Вопросы:
Определите стадию заболевания по TNM
К каким оперативным вмешательствам относится выполненная операция?
Какая клиническая группа должна быть установлена для больного?
Эталон ответа:
T4N3M1, стадия IV
II клиническая группа

Задание 51.
У пациентки 48 лет по поводу рака слепой кишки без отдалённых метастазов выполнена операция в объёме правосторонней гемиколэктомии. Заключение гистологического исследования: В стенке слепой кишки низкодифференцированная G3 аденокарцинома с участками муцинозного (10%) компонента, с изъязвлением, воспалением, очагами некроза, инфильтрирует стенку кишки до субсерозы, с инвазией периневральных пространств, наличием опухолевых эмболов в кровеносных сосудах. Признаков инвазии в лимфатические сосуды не обнаружено. По линиям резекции элементов опухоли не обнаружено. В 12-ти лимфатических узлах, выделенных из регионарной жировой клетчатки, синус-гистиоцитоз, липоматоз, элементов опухоли не обнаружено. В сальнике опухолевого роста не обнаружено. Консультирована химиотерапевтом. Проведение адьювантной химиотерапии не показано.
Вопросы:
Определите стадию заболевания по TNM
Какая клиническая группа должна быть установлена для больной?
Эталон ответа:
pT3N0M0, стадия IIA
III клиническая группа

Задание 52.
Пациент 14 лет после травмы передней поверхности правой голени отмечает болезненную припухлость в месте ушиба. В связи с ростом опухоли через 2 месяца он обратился к хирургу поликлиники, который назначил компрессы и УВЧ. Опухоль продолжала увеличиваться. Был направлен в детский хирургический стационар, где трижды производилось вскрытие нагноившейся гематомы, гной не получен. Объективно: утолщение средней трети левой голени. Кожа над ним синюшно-багрового цвета с изъязвлением 4 × 2 см. В мягких тканях определяется уплотнение размером 8 × 6 см, без четких границ. Паховые лимфатические узлы не увеличены. Пациент пониженного питания, кожные покровы бледной окраски.
Вопросы:
1. Предположительный диагноз.
2. Какие ошибки допущены на предыдущих этапах обследования и лечения пациента?
3. Какие методы диагностики следует применить для уточнения диагноза и степени распространения опухолевого процесса?
4. Определите возможную лечебную тактику.
Эталон ответа:
Саркома мягких тканей правой голени
Хирург поликлиники назначил физиолечение, несмотря на то, что имелись данные об опухоли голени и её прогрессивном увеличении, хирурги стационара 3 раза выполняли хирургическое пособие (ошибочно), но при этом не была выполнена биопсия.

Рентгеновская компьютерная томография правой нижней конечности и органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности изъязвления, биопсия опухоли с гистологическим исследованием.
Пациенту с учётом локализации и размеров опухоли показано проведение комбинированного лечения, в зависимости от послеоперационного гистологического заключения с включением лучевой терапии

Задание 53.
В поликлинику обратился больной с жалобами на слабость, похудание, боли в эпигастральной области. Считает себя больным около 10 лет. В последнее время состояние ухудшилось. Врач назначил эндоскопическое исследование, при котором выявлена каллезная язва малой кривизны желудка. Биопсия не была взята. После курса консервативной терапии в течение 6 недель состояние ухудшилось, появился асцит, при повторной ФГДС язва по малой кривизне увеличилась в размерах, при биопсии получен ответ перстневидноклеточный рак, при УЗИ печени – признаки множественного очагового поражения печени.
Вопросы:
О каком заболевании должен был подумать врач при обращении пациента?
Какова была ошибка при первой гастроскопии?
Какая стадия заболевания?
Какие документы должен заполнить врач?
Эталон ответа:
Нужно было заподозрить рак желудка.
Врач эндоскопист не выполнил биопсию и поставил диагноз на основании визуального осмотра.
$T_xN_xM_1$, IV стадия
Форма 090/У «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачсетвенного новообразования», Форма 027-2/У «Протокол на случай выяления у больного запущенной формы злокачественного новообразования»

Задание 54.
При очередной флюорографии у рабочего цементного завода обнаружили округлое опухолевидное образование в правом легком размерами 2,0х1,5см Участковый врач рекомендовал наблюдение и контрольное рентгенологическое обследование через год.
Вопросы:
Прав ли врач?
Какое заболевание он должен был заподозрить?
К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента?
Предложите план обследования
Какие виды биопсии можно использовать для морфологического подтверждения диагноза?
Эталон ответа:
Нет.
Периферический рак легкого
IA
Рентгенография лёгких в 2-х проекциях, РКТ органов грудной клетки, УЗИ или РКТ брюшной полости, бронхоскопия, биопсия опухоли.
Пункционная биопсия под контролем РКТ, трансбронхиальная при эндоскопии, видеоторакоскопия с биопсией, диагностическая торакотомия.

Задание 55.

Больной 53 лет. В течение полугода появились жалобы на запоры; отмечает периодические боли в животе, вздутие. К врачу ранее никогда не обращался.
Вопросы:
О каком заболевании необходимо думать?
К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента?
Какова последовательность диагностических мероприятий.
Эталон ответа:
Нельзя исключить рак левой половины толстой кишки.
IA
Физикальный осмотр, пальцевое ректальное исследование, ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия с морфологическим исследованием биоптата, УЗИ органов брюшной полости и малого таза

Задание 56.
Во время профилактического осмотра при пальцевом исследовании прямой кишки у мужчины 56 лет обнаружена небольшая опухоль на широкой ножке, на расстоянии 4 см от сфинктера. При ректоскопии поставлен диагноз – полип прямой кишки III типа. Выполнено его эндоскопическое удаление.
Вопросы:
К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента?
Правильную ли тактику применили у данного больного?
Достаточный ли объём операции?
Эталон ответа:
IБ
Необходимо было верифицировать заболевание при ректоскопии, а затем определить тактику лечения.
При подтверждении диагноза полипа объем достаточен. В случае рака прямой кишки объём лечения будет зависеть от гистологического заключения, предпочтение необходимо отдавать органосохранным методам

Задание 57.
К эндокринологу обратилась женщина 34 лет с жалобами на увеличение щитовидной железы. При УЗИ обнаружен узел в правой доле, полностью ее занимающий. Врач рекомендовал гормональное лечение и наблюдение.
Вопросы:
Проанализируйте тактику врача.
Какое заболевание Вы бы заподозрили?
К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента?
Какой метод исследования будет определяющим для постановки диагноза?
Правильно ли выбрано лечение?
Эталон ответа:
Необходимо было перед назначением лечения получить заключение об отсутствии у пациентки ЗНО щитовидной железы
Рак щитовидной железы
IБ
Пункционная биопсия узлового образования в щитовидной железе.
Любое узловое образование в щитовидной железе подлежит оперативному лечению.

Задание 58.
Вы терапевт поликлиники. У Вашего пациента выявлен рак. Локализация любая.
Вопросы:
Какие медицинские документы Вы должны оформить?

С какого момента необходимо начать реабилитационные мероприятия?
Эталон ответа:
Вариант правильных ответов:
Форма 090/У «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачественного новообразования»
С момента установления диагноза

Задание 59.
У больного в результате первичного обследования диагностирован местно-распространенный рак поджелудочной железы с метастазами в печень.
Вопросы:
Какая стадия заболевания?
В какую клиническую группу необходимо перевести пациента?
Какие документы должен заполнить врач?
Какое лечение показано пациенту?
Эталон ответа:
$T_4N_xM_1$, IV стадия
IV клиническая группа
Форма 090/У «Извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака или другого злокачсетвенного новообразования», Форма 027-2/У «Протокол на случай выяления у больного запущенной формы злокачественного новообразования»
Симптоматическое лечение.

Задание 60.
Во время профосмотра у больной 58 лет при УЗИ в левой доле печени выявлено очаговое образование размерами 3х3 см. Общее состояние больной вполне удовлетворительное.
Вопросы:
Перечислите возможные заболевания скрывающиеся под синдромом очагового образования печени.
К какой клинической группе необходимо отнести пациентку?
Эталон ответа:
Метастаз из другого органа пораженного опухолью, первичная доброкачественная или злокачественная опухоль печени, паразитарная киста.
Iа

Задание 61.
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 лобной области поверхностное образование 1,5х2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.
Вопросы:
Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
Определите возможную стадию заболевания
Определите клиническую группу
Эталон ответа:
С учётом длительного анамнеза заболевания, медленного роста опухоли, характерной макроскопической картины – наличие образования в виде папулы с изъязвлением (узелково-язвенная форма), отсутствия метастатического поражения лимфатических узлов, можно предположить базальноклеточный рак кожи лба.
I стадия

Ia

Задание 62.
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 плотно-эластическую консистенцию. Безболезненны.
Вопросы:
Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
Определите предположительную стадию заболевания по TNM
Определите клиническую группу
Эталон ответа:
У больной вероятно плоскоклеточная карцинома кожи правого плеча с метастазами в подмышечные лимфатические узлы. На это указывают данные анамнеза, говорящие о медленном росте опухоли, его появление на фоне кожного послеожогового рубца, наличие увеличенных регионарных лимфоузлов похожих на метастатические
T2N2Mx
Ia

Задание 63.
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 образование с детства, однако за последние полгода отметил увеличение его в размере, изменение формы.
Вопросы:
Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
Назовите предположительную стадию заболевания.
Определите клиническую группу
Эталон ответа:
Учитывая наличие пигментного образования на коже передней поверхности левой голени, увеличение его в размере и изменение формы за последние 6 месяцев, можно предположить, что у больного меланома кожи левой голени с возможными метастазами в паховые лимфатические узлы слева.
У больного предположительно III стадия заболевания, которой соответствуют меланомы любого размера с множественными регионарными метастазами. Для более точной диагностики необходимо дообследование.
Ia

Задание 64.
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, плотно-эластичной консистенции.
Вопросы:
Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.

Какие ошибки были допущены на этапах лечения
Эталон ответа:
На основании появления рецидива пигментного образования через короткое время после его удаления, а также появления плотных увеличенных регионарных лимфатических узлов можно думать, что у больного имеется злокачественное пигментное образование - меланома кожи правого предплечья, рецидив после нерадикальной операции и метастазы в подмышечные лимфоузлы справа.
Основная ошибка – удаление пигментного образования кожи вне медицинского учреждения. Это привело к 1) недостаточному радикализму вмешательства, так как в косметических салонах удаление образований на коже не подразумевает их широкого иссечения вместе с подкожной клетчаткой до апоневроза, так как при этом неизбежно возникают грубые косметически заметные рубцы 2) отсутствию своевременной диагностики злокачественного заболевания вследствие не выполнения морфологического исследования

Задание 65.
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.
Вопросы:
Ваш диагноз?
Назовите клиническую группу
С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Эталон ответа:
Меланома кожи
Ia
С пигментными невусами кожи, а также с другими злокачественными образованиями кожи

Задание 66
У мужчины 59 лет, в течение 2-х месяцев отмечается желтуха, снижение аппетита, похудел на 15 кг. При обследовании выявлена увеличенная печень, пальпируется малоподвижное образование в эпигастральной области справа над пупком. В течение последних 2 недель отмечает рвоту с примесью крови, носовые кровотечения, появление кровоизлияний на туловище.
Вопросы:
Назовите предполагаемый диагноз.
Назовите клиническую группу
Как объяснить повышенную кровоточивость?
Эталон ответа:
Скорее всего у больного опухоль головки поджелудочной железы со сдавлением общего желчного протока и развитием синдрома механической желтухи, а также возможным развитием дуоденального стеноза
Ia
Длительная механическая желтуха приводит к нарушению функции печени, и вследствие этого к дефициту факторов свёртывающей системы крови, которые преимущественно вырабатываются именно в печени. В результате этого развивается гипокоагуляция, которая и является основной причиной геморрагического синдрома.

Задание 67

Больной А. 56 лет. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7кг. 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 эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при инструментальной «пальпации», инфильтрация распространяется на луковицу 12п.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 4,5х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 4х4 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл.

Вопросы:

Назовите предполагаемый диагноз.

Назовите предполагаемую стадию заболевания по TNM

Назовите клиническую группу

Эталон ответа:

У больного запущенный рак головки поджелудочной железы с метастатическим поражением печени.

T3N0M1

IV клиническая группа, при эффективности симптоматического лечения возможен перевод во II клиническую группу для проведения паллиативной химиотерапии

Задание 68.

Больной С. 60 лет. Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, желтушности кожи. За последние 4 месяца похудел на 5 кг. В анамнезе гепатит В. Объективно: кожные покровы желтые, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, край печени выступает на 4 см из-под рёберной дуги. По данным ультразвукового исследования брюшной полости на границе 4 и 5 сегментов печени определяется объемное образование размерами 4х5 см в диаметре с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные до 2,5 - 3,0 см лимфатические узлы, асцит. При обследовании больного данных за наличие других опухолей не получено. Уровень маркера АФП равен 700 нг\мл.

Вопросы:

Сформулируйте возможный диагноз

Определите предположительный гистотип опухоли

Определите стадию заболевания по TNM

Определите клиническую группу

Эталон ответа:

Первичный рак печени

Гепатоцеллюлярный рак

T2N1M0

IV клиническая группа, при эффективности симптоматического лечения возможен перевод во II клиническую группу для проведения таргетной терапии или трансартериальной химиоэмболизации.

Задание 69.

Больная 63 лет обратилась с жалобами на желтуху, боли в подложечной области, слабость, похудание, отсутствие аппетита, кожный зуд. В течение 12 лет страдает желчекаменной болезнью, хроническим холециститом с периодическими обострениями,

проявляющимися приступами болей в правом подреберье. От предложенной операции отказывалась. В последние 6 месяцев появилась боль в подложечной области, слабость, отметила потерю массы тела на 5 кг. Месяц назад появилась желтуха. В течение всего этого периода приступов боли не отмечала. Стул – ахоличный. При обследовании: интенсивная желтушность кожных покровов и склер, живот мягкий, печень уплотнена, выступает из-под края реберной дуги на 6 см, край её острый. Определяется умеренная пальпаторная болезненность в эпигастрии и проекции желчного пузыря, который не пальпируется.

Вопросы:

Какой предварительный диагноз можно поставить?

Определите клиническую группу

Ответы:

Злокачественная опухоли органов билиопанкреатодуоденальной зоны, скорее всего рак головки поджелудочной железы.

Iа

Задание 70.

Больная 72 лет предъявляет жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации, тенезмы. В анамнезе: хронический проктит.

Вопросы:

Какой предварительный диагноз можно поставить?

Определите клиническую группу

Эталон ответа:

У больной старческого возраста на фоне длительно существующего хронического воспалительного заболевания имеется клиническая картина, характерная для рака прямой кишки.

Iа

Задание 71.

Больной 60 лет предъявляет жалобы на слабость, снижение аппетита, субфебрильную температуру, неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота. Данные обследования:

Рентгенография лёгких без патологии.

ЭКГ: ритм синусовый, 85 в минуту, нагрузка на правое предсердие.

Клинический анализ крови:

гемоглобин - 60 г/л;

эритроциты - $4{,}0 \times 10^{12}$/л;

цветовой показатель - 0,9;

тромбоциты - 240×10^{9}/л;

лейкоциты - $8{,}2 \times 10^{9}$/л (палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 61%, эозинофилы - 7%, лимфоциты - 8%, моноциты - 13%);

СОЭ – 30 мм/ч.

Анализ мочи: плотность - 1003 г/л, реакция среды - нейтральная, лейкоциты - 0-3 в поле зрения.

ЭГДС без патологии.

УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.

Вопросы:

Каков предположительный диагноз?

Назовите клиническую форму

Назовите клиническую группу

Эталон ответа

Рак правой половины толстой кишки.

Токсико-анемическая форма
Iа

Задание 72.
Больной С., 64 лет, доставлен машиной скорой помощи в клинику с жалобами на схваткообразные боли в животе через 15 - 20 минут, неоднократную рвоту, не отхождение стула и газов. Болен 6 часов, ранее не лечился. При осмотре пониженной упитанности, живот равномерно вздут, перистальтика кишечника усилена, звучная. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется пустая ампула. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определяются чаши Клойбера. Консервативная терапия, включая сифонную клизму, эффекта не дала. Выполнена экстренная операция. Обнаружена опухоль сигмовидной кишки размерами 6х6 см, полностью перекрывающая ее просвет, прорастающая серозную оболочку, увеличенные плотные лимфатические узлы в брыжейке по ходу сигмовидной артерии, по виду метастатические. Приводящий сегмент ободочной и тонкой кишки резко расширен, переполнен кишечным содержимым. Выпота в брюшной полости нет. При ревизии другой патологии в брюшной полости не выявлено.
Вопросы:
Определите диагноз заболевания
Назовите осложнение, возникшее у пациента
Определите предположительную стадию заболевания по системе TNM
Эталон ответа:
Рак сигмовидной кишки
Острая кишечная непроходимость.
T4N+M0, III стадия

Задание 73.
Больной К, 72 лет, обратился в онкологический диспансер с жалобами на вздутие живота, запорыпериодические приступы схваткообразных болей в животе. При фиброколоноскопии с биопсией по месту жительства выявлена циркулярная стенозирующая опухоль селезёночного угла ободочной кишки, гистологическое заключение: слизеобразующая аденокарцинома. При УЗИ брюшной полости в печени выявлены 2 гиперэхогенных очага размерами до 3 см.
Вопросы:
Определите диагноз заболевания
Назовите клиническую форму заболевания
Определите предположительную стадию заболевания по системе TNM
Эталон ответа:
Рак селезёночного угла ободочной кишки, осложнённый хронической кишечной непроходимостью
Обтурационная форма
T3NxM1, IVстадия

Задание 73.
Больной 63 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке. Предъявляет жалобы на схваткообразные боли в животе, задержку газов и в течение двух дней отсутствие стула. Была однократная рвота. Боли появились внезапно 4 часа назад. До этого в течение 6 месяцев периодически отмечал задержку стула, изредка в каловых массах обнаруживал примесь крови. К врачам не обращался. Операций на органах брюшной полости не было. Состояние средней тяжести. Язык суховат. Живот вздут, мягкий при пальпации умеренно болезнен во всех отделах, перистальтика кишечника усилена. Симптом Щеткина отрицателен. Патологических образований в брюшной

полости прощупать не удается. При ректальном исследовании ампула пуста, сфинктер атоничен. Во время выполнения сифонной клизмы в прямую кишку удалось ввести около 700,0 мл воды. При обзорной рентгенографии брюшной полости в петлях толстой и частично тонкой кишки видны чаши Клойбера.
Вопросы:
Какого типа непроходимость кишечника у больного?
Назовите наиболее вероятную причину кишечной непроходимости?
Эталон ответа:
Обтурационная.
Рак толстой кишки.
В вертикальном. На рентгенограммах, сделанных в горизонтальном положении, чаши Клойбера не видны.

Задание 74.
Больной 55 лет жалуется на тупую боль в правой подвздошной области, субфебрилитет. Болен 2 месяца, острого начала не было. В подвздошной области плотное образование до 6 см в диаметре с нечеткими контурами. Ограниченное в подвижности, безболезненное. При ирригоскопии в слепой кишке дефект наполнения.
Вопросы:
Ваш диагноз
Определите клиническую группу
Эталон ответа:
Рак слепой кишки.
Iа

Задание 75
Больной 19 лет. Жалобы на боли в правом плече, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время, повышение температуры тела по вечерам до 38,5-39,0^{0}С. Болеет в течение 3 недель. Объективно: правое плечо обычной конфигурации, кожные покровы не изменены, при пальпации отмечается локальная болезненность в средней трети. Больному выполнены рентгенография и радиоизотопное исследование костей скелета: опухоль располагается в средней трети плечевой кости, протяженностью до 5 см, выходит за пределы кортикального слоя, определяется поражение надкостницы по типу «луковичного» периостита. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки в паренхиме правого лёгкого выявлены округлые множественные тени размерами от 1,5 до 3 см.
Вопросы:
Назовите Ваш предварительный диагноз?
Назовите стадию заболевания
Назовите клиническую группу
Эталон ответа:
Саркома Юинга правого плеча с метастатическим поражением правого легкого.
IV стадия
II клиническая группа

ПК8
Задания закрытого типа
Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ
Какой метод лечения является ведущим при меланоме кожи.
1) хирургическое иссечение

2) лучевая терапия
3) электрокоагуляция или криодеструкция
4) химиотерапия
Эталон ответа: 1) хирургическое иссечение

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ
К основным критериям эффективности лечения в онкологии относятся
1) шкала Карновского и индекс ECOG
2) продолжительность временной и стойкой нетрудоспособности
3) выживаемость, качество жизни
4) критерий Манна-Уитни
Эталон ответа: 3) выживаемость, качество жизни

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Самостоятельным методом радикального лечения рака щитовидной железы является
1) иммунотерапия
2) химио-гормональный
3) лучевой
4) хирургический
Эталон ответа: 4) хирургический

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Под комбинированной операцией в онкологии понимают удаление опухоли
1) вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого неонкологического заболевания
2) в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
3) с резекцией (удалением) другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
4) с резекцией (удалением) другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
5) в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером
Эталон ответа: 3) с резекцией (удалением) другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
При радиотерапии ЗНО на частоту развития местных лучевых реакций в наибольшей степени влияет:
1) пожилой возраст
2) наличие сахарного диабета
3) наличие в анамнезе аллергических заболеваний
4) режим и доза облучения
Эталон ответа: 4) режим и доза облучения

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
При лучевой терапии базалиомы наиболее часто применяется:
1) близкофокусная рентгенотерапия
2) облучение на электронных ускорителях
3) фотодинамическая терапия
4) брахитерапия
Эталон ответа: 1) близкофокусная рентгенотерапия

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
К противоопухолевым препаратам группы антиметаболитов относится:

1) метронидазол;
2) гемцитабин;
3) оксалиплатин
4) паклитаксел
Эталон ответа: 2) гемцитабин;

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
При клиническом диагнозе меланомы без морфологической верификации может быть начато следующее лечение
1) иммуносупрессивное
2) химиотерапевтическое
3) лучевое
4) хирургическое
Эталон ответа: 2) антигормональные

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
В случае резектабельной опухоли нижне-ампулярного отдела прямой кишки, вовлекающей сфинктер показана:
1) операция Гартмана.
2) передняя резекция прямой кишки
3) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
4) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
Эталон ответа: 4) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Каким хирургическим вмешательством является дистальная резекция желудка при кровотечении из распадающейся раковой опухоли и наличии множественного метастатического поражения печени
1) радикальным
2) паллиативным
3) циторедуктивным
4) симптоматическим
Эталон ответа: 4) симптоматическим

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Единицей измерения поглощенной очаговой дозы излучения в онкологии является
1) Грей
2) Кюри
3) рентген/час
4) рад
Эталон ответа:

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Определите наиболее клинически и прогностически благоприятный морфологический вариант лимфомы Ходжкина
1) лимфоидное преобладание
2) смешанно-клеточный вариант
3) нодулярный склероз
4) лимфоидное истощение
Эталон ответа: 1) лимфоидное преобладание

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.

При лечении рака молочной железы определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения:
1) химиолучевого лечения
2) гормонотерапии
3) неоадьювантной химиотерапии
4) таргетной терапии
Эталон ответа: 2) Гормонотерапии

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
К радикальным операциям при ЗНО печени не относится
1) правосторонняя гемигепатэктомия
2) атипичная резекция печени
3) энуклеация опухолевого узла
4) сегментэктомия
Эталон ответа: 3) энуклеация опухолевого узла

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
При злокачественных первичных опухолях костей к органосохранным операциям относится:
1) сегментарная резекция кости с замещением трансплантатом
2) ампутация конечности с первичным протезированием
3) экзартикуляция конечности
4) межлопаточно-грудная ампутация
Эталон ответа: 1) сегментарная резекция кости с замещением трансплантатом

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Назовите основную цель лучевой терапии по радикальной программе
1) достижение максимально возможной регрессии опухоли
2) подведение к опухоли максимально возможной дозы излучения
3) достижение полной регрессии опухоли
4) снижение биологической активности опухолевых клеток
Эталон ответа: 3) достижение полной регрессии опухоли

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Проксимальная резекция желудка по поводу рака должна выполняться
1) при инфильтративной опухоли кардиального отдела желудка
2) при экзофитной опухоли кардиального отдела желудка
3) при опухолях кардиального отдела желудка независимо от типа ее роста.
4) при экзофитной опухоли проксимального отдела и верхних отделов тела желудка
Эталон ответа: 2) при экзофитной опухоли кардиального отдела желудка

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
При выполнении операции радикальной мастэктомии по Холстеду-Майеру
1) сохраняется большая грудная мышца
2) сохраняется малая грудная мышца
3) удаляются большая и малая грудные мышцы
4) удаляется малая грудная мышца
Эталон ответа: 3) удаляются большая и малая грудные мышцы

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Дистальная резекция желудка по поводу рака при наличии множественных метастазов в печень может быть выполнена при:
1) декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка

2) желудочном кровотечении
3) относительно удовлетворительном состоянии больного
4) технической возможности выполнения операции
Эталон ответа: 2) желудочном кровотечении

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Химиоперфузия печёночной артерии является:
1) методом системной химиотерапии
2) методом инфильтрационной химиотерапии
3) методом регионарной химиотерапии
4) методом внутриполостной химиотерапии
Эталон ответа: 3) методом регионарной химиотерапии

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Основным методом лечения остеогенной саркомы является
1) хирургическая операция
2) лучевая терапия
3) системная химиотерапия
4) комбинированное лечение
Эталон ответа: 4) комбинированное лечение

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
В лечении саркомы Юинга лучевая терапия используется
1) как возможный вариант радикального лечения
2) как стандартный элемент комплексного лечения
3) для профилактики отдалённого метастазирования
4) лучевая терапия не применяется
Эталон ответа: 2) как стандартный элемент комплексного лечения

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
При хирургическом лечении меланомы кожи передней брюшной стенки от краев опухоли следует отступать не менее чем:
1) на 0,5 см
2) на 1,0 см
3) на 2,0 см
4) на 3,0 см
Эталон ответа: 3) на 2,0 см

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Радикальной хирургической операцией при раке головки поджелудочной железы является:
1) гастропанкреатодуоденальная резекция
2) операция Монастырского
3) экстирпация двенадцатиперстной кишки
4) корпоро-каудальная резекция поджелудочной железы
Эталон ответа: 1) гастропанкреатодуоденальная резекция

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Наиболее эффективным методом системной терапии при фолликулярном раке щитовидной железы является применение
1) блеомицина
2) радиоизотопа йода-131

3) митомицина С
4) цисплатина
Эталон ответа: 2) радиоизотопа йода-131

Задания открытого типа

Задание 1.
Ведущим методом лечения меланомы кожи I стадии является _____
Эталон ответа: хирургический

Задание 2.
К основным критериям эффективности лечения в онкологии относят
_____
Эталон ответа: выживаемость и качество жизни

Задание 3.
Радикальным методом лечения рака головки поджелудочной железы является
_____
Эталон ответа: хирургический

Задание 4.
Основным методом лечения лимфогранулематоза является _____
Эталон ответа: химиолучевой

Задание 5
При остеогенной саркоме лечение всегда должно быть _____
Эталон ответа: комбинированным

Задание 6.
Использование для лечения ЗНО двух или трех основных методов в любой последовательности или одновременно, при обязательном включении _____ метода называется комбинированным
Эталон ответа: хирургического

Задание 7.
Если при радикальной хирургической операции по поводу ЗНО удаляются лимфатические узлы второго-третьего этапа (N2, N3) метастазирования, то такие операции принято считать _____
Эталон ответа: расширенными

Задание 8.
Комплекс приемов, направленных на уничтожение рассеянных в операционном поле клеток злокачественной опухоли называется _____
Эталон ответа: Антибластика

Задание 9.
Лучевая терапия с целью девитализации возможных рассеянных клеток в операционном поле, а также облучения зон регионарного метастазирования относится к
_____
Эталон ответа: Послеоперационной

Задание 9.

Введение цитостатических препаратов при лечении ЗНОперорально, внутривенно, внутримышечно, под кожу, ректально относят к _____ химиотерапии
Эталон ответа: системной

Задание 10.
При раке молочной железы у женщин с наличием в опухоли рецепторов к эстрогенам удаление яичников является вариантом _____ лечения
Эталон ответа: гормонального

Задание 11.
Больная 56 лет оперирована по экстренным показаниям по поводу острой кишечной непроходимости. При лапаротомии и ревизии брюшной полости установлено, что непроходимость вызвана опухолью сигмовидной кишки. Видимых метастазов не определяется. Опухоль размером 10х8 см, циркулярная, умеренно подвижная, прорастает серозную оболочку. Проксимальнее опухоли – кишечник умеренно растянут, содержит кишечное содержимое и газ, дистальнее - кишка находится в спавшемся состоянии. Выраженных явлений перитонита не определяется. В малом тазу небольшое количество серозного выпота.
Вопросы:
Какой объем операции показан?
Какие осложнения опухолей толстой кишки Вы знаете?
Перечислите основные направления терапии в послеоперационном периоде.
Какие осложнения возможны в послеоперационном периоде?
Эталон ответа:
Резекция сигмовидной кишки с формированием одноствольного противоестественного заднего прохода (обструктивная резекция, операция Гартмана).
Кровотечение, острая кишечная непроходимость, перфорация, прорастание соседних органов с формированием внутренних и наружных свищей
Инфузионная и дезинтоксикационная терапия, антибиотикотерапия, профилактика тромбоэмболических осложнений.
«Хирургические» осложнения, связанные с операцией: нагноение послеоперационной раны, внутрибрюшное кровотечение, ранняя спаечная кишечная непроходимость, несостоятельность швов с развитием перитонита или абсцессов брюшной полости и «терапевтические» осложнения, связанные с системными нарушениями: пневмония, печёночная и почечная недостаточность, сердечно-сосудистая недостаточность, тромбоэмболия легочной артерии и пр.

Задание 12.
Мужчина, 64 лет, обратился с жалобами на тупую боль в эпигастральной области, задержку твердой пищи в пищеводе на уровне мечевидного отростка грудины, прогрессирующие слабость, похудание, ухудшение аппетита. История заболевания. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом. Заболевание проявлялось изжогой, отрыжкой горьким при погрешности в диете. Три месяца назад без видимой причины появилась тупая боль в эпигастральной области, возникавшая после приема пищи. Через месяц боль стала постоянной, но осталась неинтенсивной. Обратился к терапевту. Врач диагностировала обострение хронического гастрита, назначил диету, медикаментозное лечение. Эффекта от проведенного лечения не было. Два месяца назад в области мечевидного отростка стала задерживаться твердая пища. Больной начал худеть, ухудшился аппетит, появилась нарастающая слабость. Анамнез жизни. Курит с 15 лет. Злоупотребляет приемом алкоголя, часто употребляет маринады и копчености домашнего изготовления. Любит соленую пищу. Объективно. Питание удовлетворительное. Живот

мягкий, при пальпации легкая болезненность в эпигастральной области, опухолевидных образований не прощупывается.
Вопросы:
Как следовало поступить терапевту при первом обращении больного?
О каком заболевании можно подумать на основании имеющихся клинических данных?
С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику
К какой клинической группе диспансерного наблюдения можно отнести данного пациента
Какой вид лечения является основным?
Эталон ответа:
Направить больного на эндоскопическое или рентгенологическое исследование
Рак желудка
Обострение хронического гастрита или язвенной болезни желудка, ахалазия пищевода, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), полипы желудка
Iа
Хирургическое

Задание 13.
Больной, 60 лет, предъявляет жалобы на чувство тяжести и боль в эпигастральной области после еды, тошноту, изжогу, периодическую рвоту пищей, слабость, прогрессирующие похудание, снижение аппетита. Болен в течение двух месяцев. Вначале появилась боль в эпигастральной области справа от средней линии, тупая, ноющая. Через 2 недели стал ощущать переполнение желудка после приема пищи, тошноту, во второй половине дня возникала рвота, приносившая облегчение. В рвотных массах обнаруживал плохо переваренную пищу, съеденную утром. Позднее присоединилась слабость, ухудшился аппетит, стал худеть. Потеря веса за 2 мес. составила 10 кг. В течение 10 лет страдает хроническим гастритом, который проявлялся изжогой, горькой отрыжкой и ноющей разлитой болью в эпигастральной области после еды. Эти симптомы возникали редко, провоцировались приемом алкоголя и погрешностью в питании. Купировались диетой, приемом соды. Дважды проходил эндоскопическое обследование. Заключение: хронический атрофический гастрит. Наследственность не отягощенная. Объективно: Питание понижено. Живот безболезнен, в эпигастральной области определяется шум плеска. Печень не увеличена. Опухолевидных образований в брюшной полости не прощупывается.
Вопросы
Какое заболевание по такому описанию кажется наиболее вероятным?
Какие минимальные инструментальные исследования нужно назначить для установления диагноза?
Описание рентгенолога (гастроскопия): Желудок натощак содержит большое количество слизи, гипотоничен. Антральный отдел циркулярно сужен, контуры неровные, подрытые, перистальтика не прослеживается, эвакуация из желудка замедлена. Какое осложнение имеет место у данного пациента, при какой форме роста опухоли возможна такая рентгенологическая картина?
При дополнительном обследовании у больного обнаружены отдаленные метастазы. В какой орган чаще всего гематогенно метастазирует рак желудка?
В каком лечении нуждается данный пациент?
Эталон ответа:
Рак желудка
Рентгеноскопию пищевода и желудка, ФГДС с биопсией, УЗИ или РКТ брюшной полости и малого таза, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ шейных лимфатических узлов
Субкомпенсированный стеноз. Инфильтративная форма.
Печень

Симптоматическая операция – формирование гастроэнтероанастомоза, затем паллиативная химиотерапия

Задание 14.
Больной Н., 65 лет, поступил в клинику с жалобами на потерю массы тела, слабость, периодические боли в эпигастрии, изменение цвета кала (периодически чёрного цвета). Пациенту проведены рентгенологическое исследование желудка и фиброгастроскопия с биопсией. На малой кривизне желудка обнаружено образование размером 6х4 см с валикообразными краями и западающей центральной частью, покрытой серым налетом. Взята биопсия, при гистологическом исследовании полученного материала обнаружена картина рака. При дальнейшем исследовании данных за отдалённые метастазы не выявлено.
Вопросы:
1. Назовите макроскопическую форму рака желудка.
2. Назовите, какой рост по отношению к просвету желудка для нее характерен.
3. Какой гистологический тип рака чаще всего находят при этой форме рака желудка?
4. Какой объём оперативного вмешательства показан пациенту
5. Где еще можно искать лимфогенные метастазы рака желудка, в чем особенность лимфогенного метастазирования этой опухоли?
Эталон ответа: Инфильтративно-язвенная форма рака желудка
Эндофитный рост
Аденокарцинома
Гастрэктомия
Регионарные лимфатические узлы II и III порядков (вдоль чревного ствола и его ветвей, параэзофагеальные, узлы ворот селезёнки, парапанкреатические, парапилорические и др. Особенностью является орто- и ретроградное лимфогенное метастазирование и возможность появления отдалённых ретроградных лимфогенных метастазов

Задание 15.
В центральной части железы опухоль 7х7см, сосок уплощен, ареола инфильтрирована, отек кожи по типу "лимонной корки".
Какое заболевание можно предположить?
Определите клиническую форму заболевания
Определите объём оперативного вмешательства
Эталон ответа:
Рак молочной железы
Узловая форма
Мастэктомия

Задание 16.
Больной Ж., 49 лет, обратился к врачу с жалобами на потерю аппетита, слабость, снижение массы тела, частые боли в эпигастрии, постоянную тошноту, периодически рвоту непереваренной пищей. Перечисленные симптомы постепенно нарастают в течение 2 лет, 3 раза проводилось фиброгастроскопическое исследование со взятием биопсии. Данные гистологического исследования — хронический поверхностный гастрит. За последние 2 месяца отмечает прогрессивное ухудшение состояния, потерял в весе до 15 кг. При осмотре Питание понижено. Живот умеренно болезнен в эпигастральной области. Печень не увеличена. Опухолевидных образований в брюшной полости не прощупывается. Определяется плотное безболезненное малоподвижное образование в надключичной области слева 3,5х3 см (лимфоузел). При рентгенологическом исследовании выявлен утолщенный нерастяжимый желудок в виде «кожаного мешка».

При гастроскопии обнаружено утолщение складок слизистой оболочки желудка во всех отделах, взята биопсия, в которой выявлены признаки рака.
Вопросы:
1. Назовите макроскопическую форму рака желудка.
2. Назовите, какой рост по отношению к просвету желудка для нее характерен.
3. Какой гистологический тип (или типы) рака чаще всего находят при этой форме рака желудка?
4. Что означают изменения, которые найдены в левом надключичном лимфатическом узле?
5. Какая стадия заболевания и почему?
Какое лечение показано пациенту
Эталон ответа:
Тотальный рак желудка, диффузно-инфильтративная форма (linitis plastica).
Эндофитный рост
Тубулярную аденокарциному или перстневидноклеточный рак
Данные изменения характерны для ретроградного отдалённого лимфогенного метастазирования рака желудка (имеет место «метастаз Вирхова»)
IV стадия заболевания (критерий по TNM – M1)
Паллиативная химиотерапия

Задание 17
Женщина 70 лет, 4 года назад перенесла инфаркт миокарда. При контрольном осмотре у кардиолога предъявила жалобы на чувство быстрого насыщения и ощущение полноты в желудке после приема небольших порций пищи. Других желудочных и общесоматических жалоб не предъявляла. Указанные симптомы возникли без видимой причины 2 месяца назад. Никакой динамики за этот период не наблюдалось. Врач направила больную на рентгенологическое обследование и ФГС.
Вопросы:
Обосновано ли направление больной на эти исследования при наличии столь мало выраженных симптомов?
Какие минимальные исследования нужно назначить при установлении диагноза?
Нуждается ли больная в специальном лечении при подтверждении диагноза ЗНО желудка?
Какое лечение показано данной пациентке
Эталон ответа:
Обосновано. Ощущение быстрого насыщения и полноты в желудке после приема небольших порций пищи свидетельствует о потери эластичности стенки желудка или о наличии образования, уменьшающего его просвет. У пожилых людей следует заподозрить рак. Малая выраженность клинических проявлений может наблюдаться даже при опухолях значительных размеров. Отсутствие положительной динамики на протяжении 2-х месяцев также характерно для рака.
Рентгеноскопию пищевода и желудка, ФГДС с биопсией, УЗИ или РКТ брюшной полости и малого таза, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ шейных лимфатических узлов, анализ крови на онкомаркеры.
Больная нуждается в специальном лечении.
При отсутствии отдалённых метастазов радикальный метод лечения рака желудка – оперативный. Пожилой возраст и перенесенный в прошлом инфаркт миокарда при отсутствии нарушении со стороны сердечно-сосудистой системы не является препятствием к операции.

Задание 18.

У девочки 14 лет после травмы 4 месяца назад появились припухлость в верхней трети голени и боли преимущественно по ночам. Получала физиотерапевтическое лечение. Уплотнение медленно увеличивается. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела нормальная. В верхней трети правой голени плотная, слегка болезненная опухоль размером 7 × 6 см, от кости не отводится, без четких контуров, кожа над ней не изменена. Ограничение подвижности в коленном суставе. Регионарные (паховые) лимфатические узлы не увеличены.

Вопросы:

1. Каков предположительный диагноз?
2. Перечислите методы обследования, их очередность.
3. Какова лечебная тактика?

Эталон ответа:

1. Клиническая картина соответствует остеогенной саркоме верхней трети правой большеберцовой кости.
2. Необходимо выполнить рентгенографию голени, коленного сустава и бедра в 2 проекциях, рентгенографию легких, общий, биохимический анализы крови и анализ крови на нейронспецифическую энолазу, общеклиническое обследование (ЭКГ, коагулограмма, общий анализ мочи), УЗИ зоны поражения, паховых лимфатических узлов и ОБП, КТ/МРТ голени, трепанобиопсию опухоли.
3. Лечение: при отсутствии отдаленных метастазов — неоадъювантная полихимиотерапия, затем (при возможности) — органосохранная операция с эндопротезированием

Задание 19.

У ребенка 9 лет боль в икроножной мышце левой голени появилась через 1 месяц после травмы. На голени четко видна отграниченная припухлость. Субфебрилитет. Диагностирован посттравматический инфильтрат. Назначены физиопроцедуры.

Вопросы:

Какое заболевание можно заподозрить в данном случае?

Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?

Правильно ли выбрана тактика лечения?

Эталон ответа:

Саркому мягких тканей левой голени

Необходимо выполнить рентгенографию голени и коленного сустава и бедра в 2 проекциях, рентгенографию легких, УЗИ зоны поражения, паховых лимфатических узлов и ОБП, КТ/МРТ голени, пункционную биопсию опухоли.

Нет, при назначении лечения врач не проявил онконастороженность, при ЗНО физиолечение может привести к очень быстрому прогрессированию заболевания и раннему и обширному метастазированию

Задание 20.

Мальчик 14 лет, в течение двух месяцев жалуется на боли в области правого коленного сустава, которые последние две недели стали носить интенсивный характер. Ребёнок плохо спит по ночам из-за болей, у него ухудшился аппетит, похудел. В анамнезе: ребёнок первый в семье, родился доношенным, рос и развивался соответственно возрасту. Прививки сделаны все, аллергологический анамнез не отягощён. Семейный анамнез: родители здоровы, бабушка (по отцу) умерла от рака прямой кишки. Осмотр: кожные покровы бледные, ребёнок пониженного питания. Сердечные тоны приглушены, ЧСС 100уд/мин., АД 110/70мм рт.ст. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень по краю рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Локально: в нижней трети правого бедра отёчность, объём увеличен по сравнению со здоровым бедром на 4см, усилен венозный рисунок, движения в коленном

суставе ограничены. На рентгенограмме: литический очаг в нижней трети бедренной кости с неотчётливыми контурами, треугольник Кодмена и образование костного вещества по ходу сосудов. Общий анализ крови: Hb 75г/л, эритроциты 3,1.1012/л, цв.показатель 0,6; лейкоциты 9,8.109/л; п/я 5%; с/я 63%; э 3%; лимфоциты 21%; моноциты 8%; СОЭ 54мм/час. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, pH 6,0; уд.вес 1023, белок отрицательный, сахар отрицательный, лейкоциты 2-3 в п/з., эритроциты 0. Биохимический анализ: общий белок 55г/л, альбумины 50%, глобулины: α1 3%, α2 13%, β 12%, γ 22%; щелочная фосфатаза 280ед/л, АлАТ 23ед., АсАТ 28ед., амилаза 30ед/л., тимоловая проба 4ед., общий билирубин 16мкмоль/л, связанный 2мкмоль/л, реакция прямая. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Рентгенограмма лёгких – легочные поля без очаговых теней.

Вопросы:

Обоснуйте диагноз.

Определите стадию заболевания.

Какой метод диагностики будет определяющим?

Составьте план лечения.

Эталон ответа:

Диагноз: остеогенная саркома дистального метафиза правой бедренной кости,

Стадия IIБ

Трепанобиопсия с гистологическим исследованием

Тактика лечения: предоперационная химиотерапия, оперативное лечение (ампутация на уровне в/з бедра), послеоперационные курсы химиотерапии.

Задание 21.

На приёме у врача-педиатра поликлиники мать с ребенком 6 месяцев. Жалобы на наличие опухолевидного образования в области грудной клетки слева. Из анамнеза известно, что данное образование у ребёнка имеется с рождения, с возрастом медленно увеличивается. За последние две недели стало прогрессивно увеличиваться в размерах. Соматический статус не нарушен. Местно: на передне-боковой поверхности грудной клетки слева на уровне III-IV рёбер определяется опухолевидной образование размерами 5,0х6,0см, багрово-цианотичного цвета, прорастает кожу, выступает над ней на 0,5см, поверхность бархатистая, при пальпации образование безболезненное, при надавливании бледнеет, при отнятии пальца цвет вновь восстанавливается. Анализ крови: эритроциты 3,8.1012/л, Hb 132г/л, лейкоциты 6,8.109/л. Анализ мочи: цвет соломенно-желтый, уд.вес 1016, сахар отрицательный, белок отрицательный, эпителий плоский, единичный в п/зр.

Вопросы:

Поставьте диагноз.

Какова тактика педиатра?

Что собой представляет данное заболевание?

С чем дифференцируют данное заболевание?

Представьте необходимые дополнительные исследования и план лечения данной патологии.

Эталон ответа:

Кавернозная гемангиома области грудной клетки слева.

Необходима консультация детского хирурга для решения вопроса о лечебной тактике.

Гемангиома - доброкачественная сосудистая опухоль, состоящая из множества разных по величине и форме полостей, выстланных одним слоем эндотелиальных клеток.

Дифференцируют с другими видами гемангиом (капиллярной, ветвистой, комбинированной, смешанной), врожденными сосудистыми пятнами.

Дополнительные методы исследования: УЗИ грудной клетки, исследование гемостаза, групповая и Rh-принадлежность.

План лечения: хирургическое лечение - иссечение опухоли в пределах здоровой ткани.

Задание 22.
Мальчик, 11 лет. Жалобы на боль в правой половине грудной клетки, припухлость над правой ключицей, периодическое повышение температуры до 38оС. Анамнез: после перенесенной ангины появилась боль в грудной клетке, через две недели - припухлость над ключицей. В анализе крови воспалительные изменения. Объективно: припухлость без четких границ над правой ключицей, болезненная при пальпации. На рентгенограммах грудной клетки в двух проекциях - большой гомогенный узел округлой формы, занимающий верхнюю треть правого гемиторакса, легочный рисунок усилен под узлом. На рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции – в первом правом ребре на всем протяжении мелкоочаговая смешанного характера деструкция с линейной периостальной реакцией по верхнему контуру ребра.
Вопросы:
Ваше заключение?
Определяюший метод диагностики?
Возможные варианты лечения?
Эталон ответа:
Саркома Юинга первого правого ребра.
Препанбиопсия с гистологическим исследованием
Лечение многокомпонентное химиолучевое. Если возможно - радикальное удаление опухоли (включая кость и мягкотканный компонент).

Задание 23.
Больная К.,67. жалуется на тупые боли внизу живота, периодически сопровождающиеся вздутием, урчанием в животе, неустойчивый стул, чередование запоров и поносов, примесь слизи и крови в кале. Указанные жалобы отмечаются в течение 6 месяцев. Последнее время стала ощущать слабость, недомогание, повышенную утомляемость, незначительное похудание. Температура по вечерам – 37,2 - 37,5˚С.
Вопросы:
Какое заболевание можно заподозрить?
В каком отделе толстой кишки может локализоваться опухоль?
Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить?
Определите лечебную тактику при опухоли толстой кишки без рентгенологических признаков толстокишечной непроходимости и отдалённого метастазирования
Определите принципы лечения после операции.
Эталон ответа:
Можно заподозрить опухоль толстой кишки.
В сигмовидной кишке или ректосигмоидном отделе.
Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на онкомаркеры, ирригоскопия, фиброколоноскопия с биопсией, УЗИ или РКТ брюшной полости и малого таза, рентгенография органов грудной клетки
При отсутствии данных за отдалённое метастазирование показано оперативное лечение – резекция сигмовидной кишки
Зависит от стадии заболевания. Во всех случаях T>2 и N+ показано проведение адьювантной ПХТ, в ситуации T2N0M0 проведение ПХТ после результата генетического анализа на микросателлитную нестабильность.

Задание 24.
Больной 49 лет, лечился в терапевтическом отделении по поводу железодефицитной анемии и был выписан с некоторым улучшением. Последние 2 месяца беспокоит головная боль, резкая слабость, отсутствие аппетита, снижение работоспособности, потерял вес до

10 кг, периодически отмечает каловые массы черного цвета. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, безболезненный при поверхностной пальпации, при глубокой – в правом подреберье определяется опухолевидное образование размерами 6х4 см, несколько болезненное, бугристое, без чётких контуров, умеренно смещаемое. Симптомов раздражения брюшины нет.
Вопросы:
Поставьте предварительный диагноз?
Определите тактику лечения больного и предполагаемый объём операции.
Определите принципы лечения после операции?
Эталон ответа:
Опухоль печеночного угла ободочной кишки.
При отсутствии данных за отдалённое метастазирование показано оперативное лечение – правосторонняя гемиколэктомия.
Зависит от стадии заболевания. Во всех случаях T>2 и N+ показано проведение адьювантной ПХТ, в ситуации T2N0M0 проведение ПХТ после результата генетического анализа на микросателлитную нестабильность.

Задание 25.
К врачу обратился больной К., 65 лет с жалобами на ноющие боли в левом подреберье, ощущение тяжести. В последнее время отмечает снижение аппетита, за последний месяц потерял в весе около 5 кг, появились запоры, задержка стула бывает на 2-3 дня. Периодически бывает вздутие живота. Больной повышенного питания, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 78 уд. в мин. АД 140/80 мм рт. ст. Над легочными полями дыхание везикулярное. Язык обложен белесоватым налётом. Живот мягкий, в левом подреберье умеренно болезнен, при глубокой пальпации нечетко определяется малоподвижное опухолевидное образование. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальцевом исследовании прямой кишки сфинктер в тонусе, на перчатке кал обычного цвета, патологические образования не определяются. Диурез достаточный.
Вопросы:
Поставьте предварительный диагноз.
Какие методы исследования следует использовать для постановки окончательного диагноза?
Какой минимальный объём операции показан при неосложнённом раке селезёночного угла ободочной кишки?
Определите принципы лечения после операции?
Эталон ответа:
Рак селезёночного угла ободочной кишки.
Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на онкомаркеры, ирригоскопия, фиброколоноскопия с биопсией, УЗИ или РКТ брюшной полости и малого таза, рентгенография органов грудной клетки
Левосторонняя гемиколэктомия.
Зависит от стадии заболевания. Во всех случаях T>2 и N+ показано проведение адьювантной ПХТ, в ситуации T2N0M0 проведение ПХТ после результата генетического анализа на микросателлитную нестабильность.

Задание 26.
Больной К., 42 лет предъявляет жалобы на выделение крови и слизи в начале акта дефекации, периодически возникающие запоры, сменяющиеся поносами. При исследовании per rectum на расстоянии 7 - 8 см от ануса определяется нижний край опухолевидного образования плотной консистенции, бугристое, исследование умеренно болезненно, опухолевидное образование, занимает до 2/3 полуокружности прямой кишки.
Вопросы:

Поставьте предварительный диагноз.
Какие виды операций применяются при данной патологии?
При обследовании у пациента выявлены увеличенные паратуморозные лимфоузлы в мезоректальной клетчатке. Каков должен быть план лечения?
Эталон ответа:
Рак прямой кишки
Передняя резекция прямой кишки (в том числе обструктивная), брюшно-анальная резекция прямой кишки, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.
У данного пациента показано комбинированное лечение, хирургическая операция в сочетании с химиолучевым лечением. Оптимально проведение неоадьвантного курса химиолучевой терапии с последующей операцией и адьювантной химиотерапией в течение 6 мес.

Задание 27.
Больная 52 лет, за последние два месяца похудела на 7 кг. Две недели назад появился кожный зуд, желтушность кожи и склер, темная моча. Болевой синдром не выражен. Объективно: желтушность кожи с землистым оттенком. В правом подреберье пальпируется плотное, гладкое, шаровидное безболезненное образование. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, край ее гладкий, поверхность ровная.
Вопросы:
Какое заболевание можно предположить?
Какое осложнение имеется у больной?
Как называется симптом, определяемый у пациентки?
Определите возможный вариант лечения
Эталон ответа:
Рак головки поджелудочной железы
Синдром механической желтухи
Симптом Курвуазье
Наружное дренирование желчных протоков, предпочтительно чрескожная чреспечёночная холангиостомия под УЗИ контролем, тактика дальнейшего лечения будет определяться в зависимости от результатов обследования.

Задание 28.
У больного Я., 59 лет, в течение 2-х месяцев отмечается желтуха, снижение аппетита, похудел на 15 кг. При обследовании выявлена увеличенная печень, пальпируется малоподвижное образование в эпигастральной области справа над пупком. В течение последних 2-х недель отмечает рвоту с примесью крови, носовые кровотечения, появление кровоизлияний на туловище.
Вопросы:
Какой диагноз можно поставить в этом случае?
С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
Определите план обследования больного
Какова должна быть тактика лечения?
Эталон ответа:
Рак головки поджелудочной железы
С другими опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны, раком ободочной кишки и желудка
УЗИ брюшной полости, ФГДС
Первым этапом лечения должно быть выполнено наружное дренирование жёлчных протоков (оптимально чрескожная чреспечёночная холангиостомия под контролем УЗИ)

Задание 29.

Больной Г., 60 лет, госпитализирован в клинику для обследования в связи с болью в правом подреберье, признаками желтухи. В анамнезе перенесенный вирусный гепатит В, осложнившийся циррозом печени. При физикальном исследовании обнаружена увеличенная, выступающая из под реберной дуги болезненная и бугристая печень. Реакция Абелева-Татаринова резко положительная. При УЗИ брюшной полости выявлено узловое образование правой доли печени размерами 15х12 см , с вовлечением IV сегмента, 2 узла в левой доле печени размерами 3х2 и 2х2 см, асцит до 1л. Лимфатические узлы ворот печени и гепатодуоденальной связки не увеличены. При дальнейшем исследовании других очагов поражения не выявлено. Проведена биопсия печени. При гистологическом исследовании биоптата определяется участок ткани, состоящий из небольших похожих на паренхиматозные клетки, имеющие очень крупные ядра с увеличенным ядерно-цитоплазматическим отношением (8:1). Встречаются ядра неправильной фестончатой формы с нежной (молодой) структурой, содержащие 3-5 крупных ядрышек. Клетки не образуют межклеточные контакты, лежат обособленно, не формируют характерные для печени тканевые структуры. В этих клетках имеются фигуры митоза. В некоторых участках данные клетки перфорируют стенки микрососудов, врастают в окружающие тканевые элементы, разрушая их, прорастают в капсулу печени и инфильтрируют ткани органов, прилежащих к печени.

Вопросы:

Ваш диагноз?

Назовите проявления тканевого и клеточного атипизма, которые имеют место в гистологическом препарате.

Определите предположительную стадию заболевания

Какой вид лечения предпочтителен

Эталон ответа:

Первичный рак печени

Вирусный гепатит и цирроз печени являются факультативными предраковыми заболеваниями для первичного рака печени

IIIA стадия (T3N0M0)

ТАХЭ с последующей системной терапией

Задание 30.

У курильщика 68 лет появилось плотное безболезненное образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытое корочкой размерами 1,0 см. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2,0 см.

Вопросы:

Ваш предварительный диагноз?

Назначьте план обследования

При гистологическом исследовании биопсийного материала из опухоли и лимфатического узла на шее получено заключение о наличии плоскоклеточного ороговевающего рака. Поражения других регионарных лимфоузлов, а также отдалённых метастазов не выявлено.

Назовите стадию процесса.

Какое лечение должно быть назначено?

Эталон ответа:

Рак нижней губы

Нужно выполнить соскоб или биопсию с морфологическим исследованием, пункционную биопсию увеличенного лимфатического узла на шее, УЗИ региональных лимфоузлов (включая шейные, затылочные, подчелюстные, надключичные), УЗИ органов брюшной полости для исключения метастатического поражения печени, рентгенография нижней челюсти для оценки возможной инвазии опухоли в костные структуры, рентгенография органов грудной клетки для исключения метастатического поражения лёгких.

На основании размеров опухоли до 2 см и наличия единичного метастатического лимфатического узла у больного III стадия заболевания (T1N1M0)
Комбинированное

Задание 31.
Больной Н., 53 лет, сварщик. Курит в течение 30 лет. Предъявляет жалобы на поперхивание, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле, охриплость. Болеет в течение 3 месяцев. 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: плоскоклеточный рак с ороговением.
Вопросы:
Назовите предварительный диагноз?
Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для диагностики?
При выполнении УЗИ шеи выявлено увеличение 1 паратрахеального лимфатического узла справа. При пункционной биопсии получен ответ: метастаз плоскоклеточного рака. Отдалённых метастазов не выявлено. Определите стадию заболевания.
Каким может быть лечение?
Эталон ответа:
Рак гортани.
Необходимо дополнительно выполнить УЗИ шеи для определения возможных изменений в регионарных лимфоузлах, рентгеновскую компьютерную томографию шеи и органов грудной клетки для уточнения распространённости патологического процесса и наличия отдалённых метастазов, выполнить УЗИ брюшной полости для исключения метастазов в печени.
T3N1M0, стадия III.
Лечение должно быть комбинированным, показана ларингэктомия в сочетании с иссечением шейной клетчатки и лимфатических узлов на стороне поражения. После операции лучевое или химиолучевое лечение

Задание 32.
Задача 1.
На прием пришла пациентка, 48 лет, с жалобой на кровянистые выделения из соска правой молочной железы. Обратила внимание 3 недели назад. При осмотре выявлена язва соска размерами 0,5х0,7 см с кровянистым отделяемым. Молочные железы большого размера. Аксиллярные лимфоузлы с обеих сторон пальпаторно не увеличены. Цитологическое исследование мазка-отпечатка с язвы правой молочной железы выявило раковые клетки. Пациентка желает сохранить грудь.
Вопросы:
Назовите предполагаемый диагноз
Какие необходимы дополнительные методы исследования?
Каков должен быть объем радикальной операции?
Эталон ответа:
Рак Педжета
УЗИ молочных желез, маммография, рентгенография легких, УЗИ органов брюшной полости и малого таза.
При клинической интактности аксиллярных лимфоузлов возможно применение аксиллярной лимфодиссекции 1 уровня. Возможно произвести органосохранное удаление опухоли с обязательным назначением послеоперационной ДЛТ или мастэктомию.

Задание 33.

Пациентка 37 лет заметила уплотнение в левой молочной железе 2 недели назад. При осмотре выявлена опухоль в верхне-наружном квадранте левой молочной железы, не спаянное с окружающими тканями размером 1 см. Увеличен 1 лимфоузел в левой аксиллярной области. При цитологическом исследовании пунктата из образования и лимфоузла выявлены клетки протоковой аденокациномы.
Вопросы:
Ваш диагноз
Какие исследования необходимо дополнительно выполнить данной пациентке для определения стадии заболевания?
При обследовании данных за отдалённые метастазы не выявлено, какой должен быть объём радикальной операции?
Эталон ответа:
Рак левой молочной железы
УЗИ молочных желез, маммография, рентгенография легких, УЗИ органов абдоминальной области и малого таза.
Независимо от объёма операции на молочной железе, в связи с наличием 1 метастатически пораженного лимфоузла, необходимо выполнение полной аксиллярной лимфатической диссекции

Задание 34.
Больная 38 лет, при профосмотре выполнена маммогафия, по результатам которой установлено, что на границе внутренних квадрантов левой молочной железы определяется тень округлой формы 1,3см в диаметре с ободком просветления. Жалоб больная не предъявляет. При осмотре: молочные железы симметричные, соски не втянуты. При пальпации на границе внутренних квадрантов левой молочной железы определяется опухоль около 1,5см в диаметре мягко-эластической консистенции, правильной округлой формы, смещаемое, безболезненное. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.
Вопросы:
Ваш диагноз?
Дальнейшая тактика обследования?
Дальнейшая тактика лечения?
Эталон ответа:
Солитарная киста левой молочной железы.
Пункционная биопсия образования левой молочной железы.
При подтверждении диагноза показана секторальная резекция левой молочной железы.

Задание 35.
Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на отек, болезненность левой молочной железы. Жалобы возникли две недели назад, симптоматика постепенно нарастала. Температура тела 36,6оС. При осмотре: левая молочная железа больше правой, кожа железы диффузно отечна, гиперемирована. Отмечается повышение локальной температуры. При пальпации умеренная болезненность, диффузное уплотнение за счет отека. Узловые образования не определяются. В левой подмышечной области определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы, плотной консистенции, безболезненные.
Вопросы:
Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
Назовите необходимые дополнительные исследования.
Определите тактику, принципы лечения.
Эталон ответа:
Рак левой молочной железы. Отечно-инфильтративная форма.
Следует дифференцировать с нелактационным маститом.

Необходимо выполнить маммографию, УЗИ молочных желез. При обнаружении узловых образований пункция. При их отсутствии – пункция лимфатических узлов подмышечной области.
При подтверждении диагноза назначается системное лечение (химиотерапия, гормонотерапия). При достижении выраженного лечебного эффекта – возможно выполнение оперативного вмешательства в объеме мастэктомии.

Задание 36.
Женщина 55 лет случайно обнаружила опухоль в правой молочной железе. Менопауза 5 лет. При осмотре: молочные железы больших размеров, кожные покровы не изменены, соски без изменений, выделений из них нет. При пальпации в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется плотное, безболезненное малоподвижное образование размерами 3,0х2,2см.
Вопросы:
Ваш предварительный диагноз?
Дальнейшая тактика обследования?
Дальнейшая тактика лечения?
Эталон ответа:
Рак молочной железы T2NXMX.
Необходимо провести: цитологическое исследование пунктата опухоли, маммографию, УЗИ молочных желез, органов брюшной полости и малого таза, рентгенографию органов грудной клетки для определения отдаленных и регионарных метастазов
В случае, если данных за регионарное и отдалённое метастазирование нет, оперативное лечение с последующей лучевой терапией или химиолучевой терапией.

Задание 37.
В терапевтическое отделение больницы поступил мужчина 50 лет, с жалобами на слабость, кашель с небольшим количеством мокроты, повышение температуры до 37,5^{o}С. В анамнезе частые простудные заболевания. Курит. При рентгенологическом исследовании легких обнаружено затемнение в прикорневой зоне правого лёгкого и понижение воздушности средней доли.
Вопросы:
О каком заболевании нужно подумать?
Какой рентгенологический признак является основным для Вашей диагностической версии?
Какой минимальный объём исследований необходимо выполнить для уточнения диагноза при подтверждении Вашей диагностической версии?
При обследовании данных за отдалённые метастазы не выявлено, стадия заболевания IIа, какое лечение показано пациенту?
Эталон ответа:
Центральный рак легкого.
Понижение воздушности средней доли правого лёгкого
Цитологическое исследование мокроты, бронхоскопия с биопсией
Комбинированноелечение

Задание 38.
Вы работаете врачом в терапевтическом стационаре. К Вам поступил больной с клиникой обострения хронического бронхита, с жалобами на субфебрильную температуру и постоянный сухой кашель с незначительным количеством мокроты. При рентгенографии лёгких в 2-х проекциях данных за злокачественный процесс не выявлено. Однако, несмотря на проводимое лечение, состояние пациента не улучшается, сохраняется температура и в мокроте появились прожилки крови.

Вопросы:
Какое заболевание можно заподозрить в данном случае?
Укажите основные «настораживающие» симптомы, подтверждающие Вашу версию диагноза.
Какие исследования необходимо провести в первую очередь?
Эталон ответа:
Наличие в анамнезе хронического заболевания бронхов, посьтоянный сухой кашель, наличие кровохарканья
Цитологическое исследование мокроты, бронхоскопию с биопсией, рентгеновскую компьютерную томографию лёгких

Задание 39.
К невропатологу на прием обратилась женщина 57 лет с жалобами на боль в правом плече. Считает себя больной в течение месяца. Начало заболевания связывает с резким переохлаждением. Врач поставил диагноз плексит и назначил физиотерапевтическое лечение. Состояние больной ухудшилось, появилась температура. Через несколько дней врач диагностировал наличие триады Горнера. Несмотря на это он продолжил лечение.
Вопросы:
Какое заболевание можно предположить в данном случае?
Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
Что включает и на что в данной ситуации указывает синдром Горнера?
Проанализируйте действия врача невропатолога.
Эталон ответа:
Рак верхушки правого лёгкого (рак Панкоста)
Рентгенографию лёгких в 2-х проекциях, РКТ органов грудной клетки
Невропатолог назначил лечение без предварительного рентгенологического обследования, в результате физиотерапевтические процедуры привели к быстрому прогрессированию заболевания. Причиной этого явилась недостаточная степень «онконастороженности» врача.

Задание 40.
Больной 56 лет, длительное время работал на стекольном производстве, курильщик. Наблюдается у терапевта по поводу хронического бронхита, ежегодно выполняется только флюорография. После очередного посещения врача через два месяца в мокроте появились прожилки крови, лечился самостоятельно. Состояние ухудшилось, появилась температура, слабость, резко похудел. При обращении к врачу выполнено рентгенологическое исследование легких и выявлен ателектаз нижней доли правого лёгкогодоли.
Вопросы:
Какое заболевание можно предположить в данном случае?
Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
Проанализируйте действия врача.
Эталон ответа:
Центральный рак легкого.
Эндобронхоскопическое исследование с биопсией
В данном наблюдении ошибка врача состояла в том, что ни разу не было выполнено рентгенологическое и бронхоскопическое исследование легких, хотя пациент принадлежит к группе риска.

Задание 41.

Больному 61 год. 3 года назад по поводу центрального рака легкого T1N0M0 выполнена лобэктомия. Гистологическое заключение – мелкоклеточный рак. От дальнейшего лечения отказался. В настоящее время предъявляет жалобы на головные боли.
Вопросы:
Какое лечение должно было проводиться у данного пациента после операции?
Какую патологию можно предполагать в данном случае?
Какие методы диагностики помогут установить правильный диагноз?
Эталон ответа:
С учётом гистологического заключения, пациенту было показано проведение курсов адьювантной полихимиотерапии
В данном наблюдении нельзя исключить метастазы в головной мозг
Необходимо выполнить РКТ органов грудной полости, средостения, головного мозга.

Задание 42.
Больной 55 лет длительное время лечился у хирурга по поводу трофической язвы голени. Эффекта от консервативного лечения не было, за последние 6 месяцев размены язвы увеличивались. При осмотре во время очередного посещения врача: на коже передней поверхности голени трофическая язва, в нижнем углу которой на участке размерами 5х4х3см ткани уплотнены, инфильтрированы, возвышаются над остальной поверхностью язвы, грануляции отсутствуют, на поверхности пленки фибрина. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Врач рекомендовал продолжить консервативное лечение.
Вопросы:
Какое заболевание можно заподозрить в данном случае?
Какое исследование необходимо выполнить?
Проанализируйте тактику врача.
Какое лечение необходимо?
Эталон ответа:
Учитывая анамнез, клиническую картину, отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение нескольких лет необходимо заподозрить плоскоклеточный рак кожи
Необходимо выполнить цитологическое исследование с поверхности язвы.
В действиях врача отсутствует онконастороженность, что может привести к прогрессированию заболевания и генерализации опухолевого процесса.
Комбинированное

Задание 43.
К врачу дерматологу обратилась пациентка 14 лет с жалобами на наличие пигментной опухоли на коже левого бедра. Из анамнеза: данное образование существует с рождения, увеличивалось параллельно с ростом больной. В период начала менструаций заметила быстрое его увеличение, а за три месяца до обращения к врачу отметила изменение цвета и легкую ранимость. При осмотре: на коже имеется пигментная опухоль размерами 3,0х2,0х1,0см, с бугристой поверхностью, темно-коричневого цвета. Врач направил больную к онкологу.
Вопросы:
О каком заболевании можно подумать?
Укажите факторы риска
Укажите симптомы активизации невуса.
Какой метод лечения будет основным?
Эталон ответа:
Меланома кожи.
К факторам риска относится: активизация врожденного образования в период полового созревания.
Симптомы активизации – рост опухоли, изменение её цвета.

Хирургическое

Задание 44.
К хирургу обратился пациент 23 лет с жалобами на наличие опухоли в подмышечной области слева. При осмотре: в подмышечной области имеется плотный конгломерат, кожа над ним гиперемирована, истончена. Врач, на основании этих данных, поставил диагноз лимфаденит и произвел вскрытие. При этом гноя получено не было, а в дне раны выявлены рыхлые, незначительно кровоточащие массы черного цвета. Несмотря на это, «гнойник» был дренирован и назначено противовоспалительное лечение.
Вопросы:
О каком заболевании может идти речь в данном наблюдении?
Назовите основные ошибки врача – хирурга.
Варианты ответов:
Меланома, метастатическая форма.
В данной ситуации врач не собрал анамнез, не полностью осмотрел больного, не выполнил пункционную биопсию. Даже при отсутствии гноя и наличии бесструктурных масс черного цвета не заподозрил метастаз меланомы. Необходимо было направить больного к онкологу.

Задание 45.
У мальчика 14 лет на коже имеется множество пигментных образований. Со слов матери они как врожденные, так и появившиеся в течение последнего года. Три образования на передней брюшной стенке быстро увеличились в размере, потемнели. При осмотре дерматологом были обнаружено, что они находятся в области постоянного раздражения поясным ремнем. Врач порекомендовал наблюдение.
Вопросы:
С какими факторами связано увеличение количества пигментных образований?
Какую тактику рекомендовали бы Вы?
Эталон ответа:
С периодом полового созревания
Учитывая период полового созревания, активизацию трех опухолей и постоянную их травматизацию, необходимо удалить три пигментных опухоли в условиях онкологического учреждения с морфологической верификацией. За остальными пигментными образованиями необходимо рекомендовать динамическое наблюдение онколога.

Задание 46.
Девочка 15 лет, обнаружила опухоль в области шеи слева. Врач не выявил у пациентки болезненных симптомов и какого - либо специфического заболевания, но обратил внимание на наличие увеличенного шейного лимфатического узла кзади от кивательной мышцы размером 3х2 см, эластичного, умеренно подвижного, фиксированного к коже. При пункционной биопсии выявлены клетки Рида-Штенбергера.
Вопросы:
Дайте определение заболевания.
Каков следующий этап диагностического процесса?
При обследовании увеличения других групп лимфатических узлов, печени и селезёнки не выявлено. Определите стадию заболевания.
Каким должно быть лечение?
Эталон ответа:
Лимфогранулематоз
ОАК, ОАМ, Б/Х анализ крови, РКТ шеи, грудной клетки и брюшной полости
IA стадия

Химиотерапия с последующим курсом лучевой терапии на очаг первичного поражения

Задание 47.
Больной 62 лет, поступил с жалобами на лихорадку, ночные поты, потерю в весе, зуд. Болен в течение 3 лет. При осмотре: пальпируются увеличенные, подвижные, не спаянные с кожей, плотно-эластические лимфоузлы, в шейно-надключичной области справа сливающиеся между собой в конгломераты. Легкие и сердце без особенностей. Печень у реберной дуги. Селезенка выступает на 3 см из- под реберной дуги. Анализ крови: Нв 100, лейк. 3,2, Эоз. 11%, п/я 4%, с/я 62%, лимф 14%, мон. 6, тромб. 20,0, СОЭ 20.
Вопросы:
Наиболее вероятная причина лимфопролиферативного синдрома с учетом анализа крови?
Что ожидается в биоптате лимфоузла?
Какое лечение должно быть назначено?
Эталон ответа:
Лимфогранулематоз.
Клетки Березовского-Штернберга
Химиотерапия с последующим курсом лучевой терапии на очаг первичного поражения

Задание 48.
Мальчик Н., 3 лет, поступил с жалобами на наличие опухолевидного образования в брюшной полости. Месяц назад мать ребенка случайно, при купании, заметила наличие опухолевидного образования в левой половине живота. При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Дыхание проводится с обеих сторон. Живот при осмотре асимметричен: левая половина выбухает, при пальпации определяется опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, бугристое, малоподвижное, исходящее из левого подреберья, безболезненное. Стул и мочеиспускание не нарушены. ОАК: Эритроциты – $2,9x10^{12}$/л, гемоглобин 109 г/л, СОЭ 50 мм/час, лейкоциты $9,0x10^{9}$/л ОАМ: соломенно-желтая, прозрачна, удельный вес 1019, белок - муть, лейкоциты 0-1-1 в п/зр., эритроциты 10-11-12 в п/зр. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определяется гомогенное затемнение занимающее левую половину, петли кишечника смещены вправо.
Вопросы:
Назовите основные симптомы, выделите ведущий.
Ваш предварительный диагноз.
Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для постановки диагноза?
Каким образом можно верифицировать диагноз?
Какое лечение должно быть проведено?
Эталон ответа:
Асимметрия живота, анемия, ускорение СОЭ, микрогематурия, наличие на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости гомогенного затемнения левой половины живота, ведущий симптом - наличие пальпируемого образования в животе.
Злокачественная опухоль брюшной полости, забрюшинного пространства.
Ультразвуковое сканирование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, экскреторная урография
Чрескожная биопсия опухоли с гистологическим исследованием
Комбинированное

Задание 49.
Родители ребенка Ч. 5месяцев обратились с жалобами на наличие у девочки опухоли левой боковой области шеи. Небольших размеров опухолевое образование на шее родители обнаружили 2 месяца назад. Ребенок осмотрен педиатром, установлен диагноз:

лимфаденопатия шейных лимфатических узлов, назначена противовоспалительная и десенсибилизирующая терапия. Через 1 месяц размеры опухоли увеличились втрое, консультирована детским хирургом, которым выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия. Результаты цитологического исследования: комплексы мелких круглых клеток, возможно лимфоцитарная пролиферация. По поводу подострого простого шейного лимфаденита назначена антибиотикотерапия, не имевшая эффекта. Объективно: ребенок развит соответственно возрасту, активен, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Подкожная жировая клетчатка выражена хорошо, периферические лимфатические узлы не увеличены. Физикальное исследование внутренних органов патологии не выявило. В левой боковой области шеи пальпируется уходящая под кивательную мышцу плотно-эластической консистенции с четкими контурами ограниченно подвижная не прорастающая кожу безболезненная опухоль размерами 5х3 см. УЗИ показало наличие опухоли мягких тканей, состоящей из двух узлов, сливающихся друг с другом, неоднородной структуры с участками кальцификации, слабо-интенсивным интранодулярным кровотоком, прилегающей к сосудисто-нервному пучку, но не прорастающей его структуры.

Вопросы:

Какие из представленных результатов исследования позволяют заподозрить нейробластому?

Определите минимум диагностических исследований для подтверждения диагноза и установления стадии опухолевого процесса?

Какова тактика лечения ребенка при отсутствии данных о наличии отдаленных метастазов?

Эталон ответа:

Наличие мелких круглых клеток по результатам цитологического исследования, наличие вкраплений кальция в опухолевой ткани по данным УЗИ.

РКТ органов грудной полости, УЗИ органов брюшной полости и за брюшинного пространства, пересмотр цитологических препаратов и/или повторная аспирационная биопсия опухоли, исследование уровня сывороточных катехоламинов, исследование костномозгового пунктата и трепанобиопсия подвздошных костей.

Первым этапом лечения показано радикальное удаление опухоли.

Задание 50.

У ребенка Я., 4-х лет, в течение нескольких месяцев резко снизилось зрение левого глаза. Родители обратили внимание на широкий «светящийся» зрачок этого глаза. Боли ребенка не беспокоят. При осмотре объективно. Острота зрения правого глаза = 1.0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 1/∞ p.l.inc. Придаточный аппарат глаза не изменен. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Зрачок круглый, расширен, на свет практически не реагирует. Оптические среды прозрачные. Офтальмоскопически на глазном дне видно проминирующее желтовато-золотистое бугристое образование.

Вопросы:

Назовите Ваш предположительный диагноз.

Определите необходимые дополнительные исследования

Определите основные направления лечения.

Эталон ответа:

Предположительный диагноз – ретинобластома левого глаза.

Выполняют офтальмоскопию с максимально расширенным зрачком. Ультразвуковое сканирование дополняет диагностику ретинобластомы, позволяет определить ее размеры, подтвердить или исключить наличие кальцификатов. Рентгеновская компьютерная томография орбит и головного мозга (или МРТ) показана детям старше 1 года жизни. Лечение – криодеструкция, лазеркоагуляция и лучевая терапия. При распространённых формах лечение дополняют полихимиотерапией. В тяжелых случаях – энуклеация.

Задание 51.
Ребёнку 3 года. Жалобы на наличие опухолевидного образования в животе. Из анамнеза известно, что около месяца назад мать заметила изменения в поведении ребёнка: он стал вялым, адинамичным, у него снизился аппетит, периодически отмечались боли в животе, субфебрильная температура. Ребёнок второй в семье, рос и развивался по возрасту. Прививки сделаны соответственно возрастной схеме. Аллергологический анамнез не отягощен. Семейные анамнез: родители здоровы, у бабушки был рак яичника. При осмотре: выраженная бледность кожных покровов, тёмные круги вокруг глаз. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 100/60мм рт.ст. Живот увеличен в размерах, деформирован за счёт опухолевидного образования в левой половине живота, на брюшной стенке умеренно выражена венозная сеть. При пальпации опухоль имеет плотную консистенцию, крупнобугристую поверхность, размеры 10,0х15,0см, безболезненна, малоподвижна. Общий анализ крови: Hb 108г/л, эритроциты 3,6.1012/л, цв. Показатель 0,8; лейкоциты 6,9.109/л; п/я 3%; с/я 63%; э 5%; лимфоциты 21%; моноциты 8%; СОЭ 56мм/час. Общий анализ мочи: цвет соломенно-жёлтый, прозрачная; pH 6,5, уд.вес 1018, лейкоциты 4-6 в п/з, эритроциты 2-4 в п/з, белок отрицательный, сахар отрицательный. Биохимический анализ: общий белок 56г/л, АсАТ 0,13ед., АлАТ 0,15ед., амилаза 32ед/л., тимоловая проба 3ед., проба Вельтмана 6 пр., билирубин 8мкмоль/л; С-реактивный белок отрицательный, мочевина 6,5ммоль/л. Экскреторная урография: выполняется неизменённая полостная система правой почки, мочеточник имеет цистоидное строение, опорожнение удовлетворительное. Слева полостная система почки не контрастируется. Обзорная рентгенография легких – без патологии.
Вопросы:
Поставьте диагноз и обоснуйте.
Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?
Предложите план лечения
Эталон ответа:
Опухоль левой почки (нефробластома, опухоль Вильмса). Основан на данных жалоб, анамнеза, объективного обследования, экскреторной урографии.
Дополнительные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости, нефросцинтиграфия, абдоминальная ангиография, компьютерная томографию и МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства, пункционная биопсия.
План лечения: предоперационная химиотерапия, операция, послеоперационная химиотерапия;

Задание 52.
Пациент 14 лет после травмы передней поверхности правой голени отмечает болезненную припухлость в месте ушиба. В связи с ростом опухоли через 2 месяца он обратился к хирургу поликлиники, который назначил компрессы и УВЧ. Опухоль продолжала увеличиваться. Был направлен в детский хирургический стационар, где трижды производилось вскрытие нагноившейся гематомы, гной не получен. Объективно: утолщение средней трети левой голени. Кожа над ним синюшно-багрового цвета с изъязвлением 4 × 2 см. В мягких тканях определяется уплотнение размером 8 × 6 см, без четких границ. Паховые лимфатические узлы не увеличены. Пациент пониженного питания, кожные покровы бледной окраски.
Вопросы:
Предположительный диагноз.
Какие ошибки допущены на предыдущих этапах обследования и лечения пациента?
Какие методы диагностики следует применить для уточнения диагноза и степени распространения опухолевого процесса?
4. Определите возможную лечебную тактику.

Эталон ответа:
Саркома мягких тканей правой голени
Хирург поликлиники назначил физиолечение, несмотря на то, что имелись данные об опухоли голени и её прогрессивном увеличении, хирурги стационара 3 раза выполняли хирургическое пособие (ошибочно), но при этом не была выполнена биопсия.
Рентгеновская компьютерная томография правой нижней конечности и органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности изъязвления, биопсия опухоли с гистологическим исследованием.
Пациенту с учётом локализации и размеров опухоли показано проведение комбинированного лечения, в зависимости от послеоперационного гистологического заключения с включением лучевой и химиотерапиитерапии

Задание 53.
В поликлинику обратился больной с жалобами на слабость, похудание, боли в эпигастральной области. Считает себя больным около 10 лет. В последнее время состояние ухудшилось. Врач назначил эндоскопическое исследование, при котором выявлена каллезная язва малой кривизны желудка. Биопсия не была взята. После курса консервативной терапии в течение 6 недель состояние ухудшилось, появился асцит, при повторной ФГДС язва по малой кривизне увеличилась в размерах, при биопсии получен ответ перстневидноклеточный рак, при УЗИ печени – признаки множественного очагового поражения печени.
Вопросы:
О каком заболевании должен был подумать врач при обращении пациента?
Какова была ошибка при первой гастроскопии?
Какая стадия заболевания?
Каким должно быть лечение?
Эталон ответа:
Нужно было заподозрить рак желудка.
Врач эндоскопист не выполнил биопсию и поставил диагноз на основании визуального осмотра.
$T_xN_xM_1$, IV стадия
Если позволяет состояние пациента (ECOG 1-2) паллиативная химиотерапия, при ECOG 3-4 симптоматическое лечение.

Задание 54.
При очередной флюорографии у рабочего цементного завода обнаружили округлое опухолевидное образование в правом легком размерами 2,0х1,5см Участковый врач рекомендовал наблюдение и контрольное рентгенологическое обследование через год.
Вопросы:
Прав ли врач?
Какое заболевание он должен был заподозрить?
К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента?
Предложите план обследования
Какие виды биопсии можно использовать для морфологического подтверждения диагноза?
Какое лечение показано?
Эталон ответа:
Нет.
Периферический рак легкого
IA
Рентгенография лёгких в 2-х проекциях, РКТ органов грудной клетки, УЗИ или РКТ брюшной полости, бронхоскопия, биопсия опухоли.

Пункционная биопсия под контролем РКТ, трансбронхиальная при эндоскопии, видеоторакоскопия с биопсией, диагностическая торакотомия.
Любое очаговое образование в лёгких подлежит хирургическому лечению. В случае подтверждения диагноза рак лёгкого – лобэктомия.

Задание 55.
Больной 53 лет. В течение полугода появились жалобы на запоры; отмечает периодические боли в животе, вздутие. К врачу ранее никогда не обращался.
Вопросы:
О каком заболевании необходимо думать?
К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента?
Какова последовательность диагностических мероприятий.
Какой метод лечения при подтверждении Вашей диагностической версии будет являться основным?
Какая хирургическая операция должна быть выполнена?
Эталон ответа:
Рак левой половины толстой кишки.
IA
Физикальный осмотр, пальцевое ректальное исследование, ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия с морфологическим исследованием биоптата, УЗИ органов брюшной полости и малого таза
Хирургический
В зависимости от локализации левосторонняя гемиколэктомия или резекция сигмовидной кишки.

Задание 56.
Во время профилактического осмотра при пальцевом исследовании прямой кишки у мужчины 56 лет обнаружена небольшая опухоль на широкой ножке, на расстоянии 4 см от сфинктера. При ректоскопии поставлен диагноз – полип прямой кишки III типа. Выполнено его эндоскопическое удаление.
Вопросы:
К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента?
Правильную ли тактику применили у данного больного?
Достаточный ли объём операции?
Эталон ответа:
IБ
Необходимо было верифицировать заболевание при ректоскопии, а затем определить тактику лечения.
При подтверждении диагноза полипа объем достаточен. В случае рака прямой кишки объём лечения будет зависеть от гистологического заключения, предпочтение необходимо отдавать органосохранным методам

Задание 57.
К эндокринологу обратилась женщина 34 лет с жалобами на увеличение щитовидной железы. При УЗИ обнаружен узел в правой доле, полностью ее занимающий. Врач рекомендовал гормональное лечение и наблюдение.
Вопросы:
Проанализируйте тактику врача.
Какое заболевание Вы бы заподозрили?
К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента?
Какой метод исследования будет определяющим для постановки диагноза?
Правильно ли выбрано лечение?

Эталон ответа:
Необходимо было перед назначением лечения получить заключение об отсутствии у пациентки ЗНО щитовидной железы
Рак щитовидной железы
IБ
Пункционная биопсия узлового образования в щитовидной железе.
Любое узловое образование в щитовидной железе подлежит оперативному лечению.

Задание 58.
У больного в результате первичного обследования диагностирован местно-распространенный рак желудка с метастазами в печень.
Вопросы:
Какая стадия заболевания?
Какое лечение показано пациенту?
Эталон ответа:
$T_4N_xM_1$, IV стадия
Если позволяет состояние пациента (ECOG 1-2) паллиативная химиотерапия, при ECOG 3-4 симптоматическое лечение.

Задание 59.
У больного в результате первичного обследования диагностирован местно-распространенный рак поджелудочной железы с метастазами в печень.
Вопросы:
Какая стадия заболевания?
Какое лечение показано пациенту?
Эталон ответа:
$T_4N_xM_1$, IV стадия
Если позволяет состояние пациента (ECOG 1-2) паллиативная химиотерапия, при ECOG 3-4 симптоматическое лечение.

Задание 60.
Во время профосмотра у больной 58 лет при УЗИ в левой доле печени выявлено очаговое образование размерами 3х3 см. Общее состояние больной вполне удовлетворительное.
Вопросы:
Перечислите возможные заболевания скрывающиеся под синдромом очагового образования печени.
Какие диагностические мероприятия позволят уточнить диагноз?
Какие варианты возможной тактики лечения в зависимости от установленного диагноза?
Эталон ответа:
Метастаз из другого органа пораженного опухолью, первичная доброкачественная или злокачественная опухоль печени, паразитарная киста.
РКТ с контрастным усилением, МРТ с контрастным усилением, обследование органов метастазирование из которых происходит в печень (желудок, толстая кишка, поджелудочная железа, селезенка). Контроль на опухолевые маркеры. Серологические реакции на паразиты. Инвазивные методы: пункционная биопсия, лапароскопия, лапаротомия.
При метастатическом поражении печени – в ряде случаев возможно выполнение операции радикального объёма на первично пораженном органе и резекция сегмента печени с метастазом. При наличии первичной опухоли печени резекция или сегмента, или доли печени. При паразитарном поражении – резекция сегмента или цистэктомия.

Задание 61.

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 лобной области поверхностное образование 1,5х2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.
Вопросы:
Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
Назовите необходимые дополнительные исследования.
Расскажите о принципах лечения.
Определите Вашу тактику в отношении пациента
Эталон ответа:
С учётом длительного анамнеза заболевания, медленного роста опухоли, характерной макроскопической картины – наличие образования в виде папулы с изъязвлением (узелково-язвенная форма), отсутствия метастатического поражения лимфатических узлов, можно предположить базальноклеточный рак кожи лба.
Дифференциальная диагностика должна проводиться с другими кожными заболеваниями. Узелково-язвенная форма с кератоакантомой, вследствие очень похожей макроскопической картины. Плоскую поверхностную базалиому необходимо дифференцировать от красной волчанки, красного плоского лишая, себорейного кератоза, болезни Боуэна. Пигментную форму следует дифференцировать с меланомой, склеродермиформную опухоль от склеродермии и псориаза. Необходимо дифференцировать от плоскоклеточного рака кожи.
Дерматоскопия для получения более чёткой макроскопической картины опухоли, соскоб с поверхности опухоли с цитологическим исследованием.
Основным методом лечения базалиомы является хирургический. Необходимо иссечь опухоль, отступая 5 мм от видимого края. При сложностях, обусловленных, главным образом, локализацией опухоли (лицо, спинка носа, веки и пр.) альтернативой может быть криодеструкция, лазерная деструкция, фотодинамическая терапия. Лучевое лечение (короткофокусная рентгеновская или ДГТ) применяется в составе комбинированного лечения при запущенных формах заболевания, а также в адьювантном режиме для профилактики рецидивов
С учетом локализации и размеров процесса и возможности одномоментного иссечения опухоли, а также наличия изъязвления, которое является относительным противопоказанием к проведению лучевого лечения, больному может быть предложено хирургическое лечение.

Задание 62.
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 плотно-эластическую консистенцию. Безболезненны.
Вопросы:
Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
Назовите необходимые дополнительные исследования.
Определите Вашу тактику в отношении пациента

Эталон ответа:
У больной вероятно плоскоклеточная карцинома кожи правого плеча с метастазами в подмышечные лимфатические узлы. На это указывают данные анамнеза, говорящие о медленном росте опухоли, его появление на фоне кожного послеожогового рубца, наличие увеличенных регионарных лимфоузлов похожих на метастатические
Соскоб с поверхности опухоли, УЗИ подмышечных, шейных и надключичных лимфоузлов, пункционная биопсия увеличенных подмышечных лимфоузлов с цитологическим и гистологическим исследованием. УЗИ брюшной полости, рентгенография ОГК.
Учитывая, что у больной имеет место 3 стадия плоскоклеточного рака кожи, T2N2M0, лечение должно быть комбинированным. Пациенту необходимо провести хирургическое лечение в виде иссечения опухоли кожи правого плеча и правосторонней подмышечной лимфаденэктомии. После заживления кожной раны показано проведение адьювантной лучевой терапии.

Задание 63.
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 образование с детства, однако за последние полгода отметил увеличение его в размере, изменение формы.
Вопросы:
Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
Назовите необходимые дополнительные исследования.
Расскажите о принципах лечения заболевания у данного пациента.
Эталон ответа:
Учитывая наличие пигментного образования на коже передней поверхности левой голени, увеличение его в размере и изменение формы за последние 6 месяцев, можно предположить, что у больного меланома кожи левой голени с возможными метастазами в паховые лимфатические узлы слева.
Дерматоскопия, УЗИ регионарных лимфатических узлов, брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, пункционная биопсия паховых лимфоузлов. Предоперационная биопсия первичной опухоли с помощью иглы или частичного удаления противопоказана, во избежание распространения меланомы. Для выявления отдалённых метастазов показано выполнение рентгеновской компьютерной томографии, МРТ и ПЭТ – КТ. Для выявления возможных метастазов в кости может быть выполнена сцинтиграфия с изотопом фосфора.
При отсутствии отдаленных метастазов показано иссечение меланомы кожи левой голени, операция Дюкена слева (паховая лимфаденэктомия). Дополнительное лечение может включать иммунотерапию, химиотерапию с включением в схему лечения таргетных препаратов

Задание 64.
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, плотно-эластичной консистенции.
Вопросы:
Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
Назовите необходимые дополнительные исследования.
Определите Вашу тактику в отношении пациента,

Какие ошибки были допущены на этапах лечения
Эталон ответа:
На основании появления рецидива пигментного образования через короткое время после его удаления, а также появления плотных увеличенных регионарных лимфатических узлов можно думать, что у больного имеется злокачественное пигментное образование - меланома кожи правого предплечья, рецидив после нерадикальной операции и метастазы в подмышечные лимфоузлы справа.
УЗИ региональных лимфоузлов (включая под- и надключичные, а также лопаточные), УЗИ органов брюшной полости для исключения метастатического поражения печени, рентгенография органов грудной клетки для исключения метастатического поражения лёгких, пункционная биопсия регионарных лимфоузлов.
При отсутствии отдаленных метастазов показано широкое иссечение рецидива опухоли вместе с послеоперационным рубцом, в сочетании с подмышечной лимфаденэктомией справа. После операции с учётом высокой вероятности наличия отдалённых метастазов показано проведение системной химио- и иммунотерапии с возможным использованием таргетных препаратов после иммуногистохимического исследования.
Основная ошибка – удаление пигментного образования кожи вне медицинского учреждения. Это привело к 1) недостаточному радикализму вмешательства, так как в косметических салонах удаление образований на коже не подразумевает их широкого иссечения вместе с подкожной клетчаткой до апоневроза, так как при этом неизбежно возникают грубые косметически заметные рубцы 2) отсутствию своевременной диагностики злокачественного заболевания вследствие не выполнения морфологического исследования

Задание 65.
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.
Вопросы:
Ваш диагноз?
С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Назначьте план обследования
При обследовании пациентки данных за регионарное и отдалённое метастазирование не получено. При гистологическом исследовании получено заключение: меланома. Назовите основные принципы лечения.
Определите Вашу тактику в отношении пациентки.
Эталон ответа:
В данном случае необходимо в первую очередь предполагать меланому кожи с учётом изменений цвета, формы и размеров длительно существующего пигментного невуса. Подозрительным в отношении меланомы является также наличие участков разного цвета и отсутствие волосяного покрова.
В первую очередь с пигментными невусами кожи, а также с другими злокачественными образованиями, например пигментированной базальноклеточной карциномой. Любого вида невусы могут имитировать опухоль, так как, врожденные невусы часто имеют ассиметричную форму и большой размер.
Необходимо проведение УЗИ подмышечных, над-, подключичных, паховых лимфатических узлов, УЗИ органов брюшной полости для исключения метастатического поражения печени, рентгенография органов грудной клетки для исключения метастатического поражения лёгких. В случае отсутствия признаков их поражения, а также отсутствия данных за отдаленное метастазирование необходимо провести широкое

хирургическое иссечение участка кожи с пигментным образованием. Материал должен быть обязательно направлен на срочное гистологическое исследование.
Основной метод лечения начальной меланомы — хирургическое удаление. Как для первичной опухоли, так и для лечения рецидивов выполняется футлярно-фасциальное иссечение опухоли. Опухоль удаляют вместе с прилежащим участком внешне неизмененной кожи — в зависимости от стадии на расстоянии до 2 - 3 см, подкожной жировой клетчаткой до апоневроза или фасции подлежащей мышцы (в том числе и в ряде случаев с её удалением) с последующей пластикой. При метастатическом поражении лимфоузлов проводится их удаление. Окончательный диагноз меланомы может быть установлен после гистологического исследования, проведённого после тотального удаления опухоли с достаточным захватом здоровых тканей. Определяется глубина прорастания по Clark, и Breslow и митотический индекс. Лучевая терапия — суммарная очаговая доза — 40 - 45 ГР. Химиотерапия применяется при генерализации процесса, может быть дополнена иммунотерапией и использованием таргетных препаратов
Данному пациенту необходимо выполнить хирургическое удаление опухоли. Так как не выявлено метастатического поражения регионарных лимфатических узлов, то можно ограничиться удалением опухоли вместе с прилежащим участком внешне неизмененной кожи на расстоянии до 2 - 3 см, подкожной жировой клетчаткой
до апоневроза или фасции подлежащей мышцы. Окончательно тактика лечения будет определена в зависимости от окончательного гистологического заключения о глубине инвазии по Кларку и Бреслоу.

Задание 66
У мужчины 59 лет, в течение 2-х месяцев отмечается желтуха, снижение аппетита, похудел на 15 кг. При обследовании выявлена увеличенная печень, пальпируется малоподвижное образование в эпигастральной области справа над пупком. В течение последних 2 недель отмечает рвоту с примесью крови, носовые кровотечения, появление кровоизлияний на туловище.
Вопросы:
Назовите предполагаемый диагноз.
Какие исследования необходимо дополнительно выполнить для уточнения диагноза
У больного при обследовании подтверждён диагноз опухоли головки поджелудочной железы с синдромом механической желтухи. Какой объём хирургического вмешательства будет оптимальным на этом этапе?
Эталон ответа:
Скорее всего у больного опухоль головки поджелудочной железы со сдавлением общего желчного протока и развитием синдрома механической желтухи, а также возможным развитием дуоденального стеноза
УЗИ брюшной полости для определения локализации опухоли, характера желтухи (при механической желтухе определяется расширение жёлчных протоков), рентгеноскопия желудка для оценки наличия дуоденального стеноза, фиброгастродуоденоскопия для оценки состояния слизистой оболочки и возможной биопсии опухоли, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма.
Необходимо в первую очередь обеспечить ликвидацию желтухи, как наиболее опасного для жизни состояния. Оптимальным будет выполнение миниинвазивной хирургической операции дренирования жёлчных протоков. Она может быть антеградной – чрескожная чреспечёночная холангиостомия под рентгеновским и УЗИ контролем, или ретроградной - эндоскопическая ретроградная холангиостомия. Менее предпочтительны способы, предполагающие лапароскопические или открытые хирургические вмешательства – формирование холецистостомы, холедохостомы, обходного билеодигестивного анастомоза вследствие повышенного риска геморрагических осложнений.

Задание 67
Больной А. 56 лет. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7кг. 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 эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при инструментальной «пальпации», инфильтрация распространяется на луковицу 12п.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 4х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 4х4 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл.
Вопросы:
Назовите предполагаемый диагноз.
Каковы предполагаемые варианты лечения.
Эталон ответа:
У больного запущенный рак головки поджелудочной железы с метастатическим поражением печени T4N1M1.
Радикальное хирургическое лечение невозможно. Показано выполнение операции внутреннего дренирования жёлчных протоков (возможно стентирование жёлчных протоков) и в связи с наличием прорастания опухоли в 12-ти перстную кишку формирование обходного гастроэнтероанастомоза. Возможно выполнение высокочастотной термоабляции метастаза в печень. После операции показано проведение паллиативной многокурсовой химиотерапии

Задание 68.
Больной С. 60 лет. Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, желтушности кожи. За последние 4 месяца похудел на 5 кг. В анамнезе гепатит В. Объективно: кожные покровы желтые, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, край печени выступает на 4 см из под рёберной дуги. По данным ультразвукового исследования брюшной полости на границе 4 и 5 сегментов печени определяется объемное образование размерами 4х5 см в диаметре с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные до 2,5 - 3,0 см лимфатические узлы, асцит.
Вопросы:
Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза заболевания?
При обследовании больного данных за наличие других опухолей не получено. Уровень маркера АФП равен 700 нг\мл. Гистологическое заключение после пункционной биопсии: на фоне предцирротических изменений определяется гепатоцеллюлярный рак. Сформулируйте диагноз и стадию заболевания.
Консилиумом онкодиспансера принято решение о проведении консервативной терапии. Какими факторами оно обусловлено?
Какой метод лечения будет наиболее перспективным у данного больного?
Определите возможности лекарственной терапии
Эталон ответа:
У больного на фоне перенесенного гепатита В в печени определяется опухоль, с учётом поражения лимфоузлов и наличия асцита, скорее всего злокачественного характера. Задача диагностического поиска определить первичный (рак печени) или вторичный (метастатический рак) характер поражения. Необходимо выполнить рентгеновскую компьютерную томографию органов грудной клетки и брюшной полости,

фиброгастродуоденоскопию, ирригоскопию или фиброколоноскопию, провести определение в крови уровня альфа-фетопротеина, а также пункционную биопсию опухоли в печени под УЗИ контролем.
На основании данных гистологического исследования, подтверждёнными высоким уровнем альфа-фетопротеина (на фоне цирроза более 400 нг\мл) у больного можно поставить диагноз: Рак печени. Размер опухоли более 2 см, соответствует критерию T3. Метастатическое поражение лимфоузлов ворот печени соответствует критерию N1. Отдалённые метастазы отсутствуют – критерий M0. Таким образом, у больного стадия заболевания IIIB.
Хирургическое лечение при имеющихся размерах и локализации опухоли в печени предусматривает выполнение правосторонней гемигепатэктомии с удалением 70% органа. Наличие желтухи, асцита и признаки цирроза печени в этом случае являются противопоказанием к операции.
Гепатоцеллюлярный рак – опухоль устойчивая к терапии цитостатиками, лучевая терапия крайне рискованна и используется редко. Основным методом лечения рака печени у данного больного может быть локорегионарная терапия путём трансартериальной химиоэмболизации. Этот метод применяется в 1 линии паллиативного лечения рака печени.
Единственным препаратом, достоверно увеличивающим продолжительность жизни при гепатоцеллюлярном раке является сорафениб (нексавар), до 800 мг/сут. постоянно, терапия цитостатиками эффективна не более чем у 20% больных. При вирусном гепатите В лечение должно проводиться на фоне использования противирусных препаратов.

Задание 69.
Больная 63 лет обратилась с жалобами на желтуху, боли в подложечной области, слабость, похудание, отсутствие аппетита, кожный зуд. В течение 12 лет страдает желчекаменной болезнью, хроническим холециститом с периодическими обострениями, проявляющимися приступами болей в правом подреберье. От предложенной операции отказывалась. В последние 6 месяцев появилась боль в подложечной области, слабость, отметила потерю массы тела на 5 кг. Месяц назад появилась желтуха. В течение всего этого периода приступов боли не отмечала. Стул – ахоличный. При обследовании: интенсивная желтушность кожных покровов и склер, живот мягкий, печень уплотнена, выступает из-под края реберной дуги на 6 см, край её острый. Определяется умеренная пальпаторная болезненность в эпигастрии и проекции желчного пузыря, который не пальпируется.
Вопросы:
Какой предварительный диагноз можно поставить?
С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
Какое предварительное обследование следует предпринять?
При УЗИ брюшной полости выявлено гипоэхогенное образование размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, резко выраженное расширение внепечёночных желчных протоков, в крови гипербилирубинемия до 450 мкмоль/л. При ФГДС желчь в 12-ти перстную кишку не поступает. Определите тактику лечения у данной больной.
Какие исследования необходимо выполнить для определения дальнейшей тактики лечения?
Эталон ответа:
Постепенное начало заболевания у пациентки старше 60 лет, боли в подложечной области, слабость, похудание, отсутствие аппетита, появление желтухи свидетельствует о большой вероятности злокачественной опухоли органов билиопанкреатодуоденальной зону, скорее всего рака головки поджелудочной железы.

В связи с наличием синдрома желтухи, в первую очередь необходимо дифференцировать с желчекаменной болезнью и холедохолитиазом, хроническими заболеваниями поджелудочной железы, инфекционным гепатитом.
При обследовании в первую очередь необходимо установить характер желтухи – паренхиматозная или механическая, так как это имеет определяющее значение для определения тактики лечения. В крови необходимо определить уровень билирубина, трансаминаз, щелочной фосфотазы. Из инструментальных методов обследование необходимо начинать с УЗИ, которое является скрининг методом. Обязательным исследованием является ФГДС, при котором могут быть выявлены опухоли билиопанкоеатодуоденальной зоны других локализаций, выполнена биопсия, подтверждён механический характер желтухи.
Необходимо выполнение хирургического вмешательства для ликвидации синдрома механической желтухи, как наиболее угрожающего жизни пациентки. Оптимальным будет выполнение малоинвазивной операции: или антеградной чрескожной чреспечёночной холангиостомии под УЗИ и рентген- контролем, или ретроградной трансопухолевой холангиостомии.
Необходимо выполнить РКТ или МРТ брюшной полости для уточнения распространённости патологического процесса, наличия регионарных и отдалённых метастазов, определения резектабельности опухоли, рентгенографию органов грудной клетки. Для морфологического подтверждения необходимо выполнить тонкоигольную биопсию опухоли под УЗИ контролем, или, при наличии возможности, аналогичное исследование при ФГДС.

Задание 70.
Больная 72 лет предъявляет жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации, тенезмы. В анамнезе: хронический проктит.
Вопросы:
Какое заболевание можно заподозрить у данной пациентки?
Какие методы обследования необходимо применить?
Какой метод лечения при подтверждении Вашего диагноза будет являться основным?
Эталон ответа:
У больной старческого возраста на фоне длительно существующего хронического воспалительного заболевания имеется клиническая картина, характерная для рака прямой кишки.
Пальцевое исследование прямой кишки (исследование до 6 – 8 см), ректороманоскопия (визуализация до 22 – 25 см, возможность биопсии), фиброколоноскопия для исключения первично-множественного характера поражения, ультразвуковое исследование или магнитно-резонансная томография брюшной полости и малого таза для уточнения распространённости опухоли и определения наличия увеличенных и подозрительных в отношении их метастатического поражения лимфатических узлов, а также возможных метастазов в печени и забрюшинном лимфатическом коллекторе, рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки.
Хирургический

Задание 71.
Больной 60 лет предъявляет жалобы на слабость, снижение аппетита, субфебрильную температуру, неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота. Данные обследования. В мезогастрии справа пальпируется образование размерами 7х6 см. малоподвижное, неначительно болезненное, бугристое.
Рентгенография лёгких без патологии.
ЭКГ: ритм синусовый, 85 в минуту, нагрузка на правое предсердие.
Клинический анализ крови:

гемоглобин - 60 г/л;
эритроциты - $4,0x10^{12}$/л;
цветовой показатель - 0,9;
тромбоциты - $240x10^{9}$/л;
лейкоциты - $8,2x10^{9}$/л (палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 61%, эозинофилы - 7%, лимфоциты - 8%, моноциты - 13%);
СОЭ – 30 мм/ч.
Анализ мочи: плотность - 1003 г/л, реакция среды - нейтральная, лейкоциты - 0-3 в поле зрения.
ЭГДС без патологии.
УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.
Вопросы:
Каков предположительный диагноз?
Что необходимо выполнить для уточнения диагноза до начала лечения?
Как называется данная форма течения указанной патологии?
Каков основной метод лечения указанной патологии?
Какая операция будет считаться минимально-допустимой при выборе хирургической тактики лечения?
Эталон ответов:
Рак правой половины толстой кишки.
Колоноскопия с биопсией
Токсико-анемическая форма.
Хирургический.
Правосторонняя гемиколэктомия.

Задание 72.
Больной С., 64 лет, доставлен машиной скорой помощи в клинику с жалобами на схваткообразные боли в животе через 15 - 20 минут, неоднократную рвоту, не отхождение стула и газов. Болен 6 часов, ранее не лечился. При осмотре пониженной упитанности, живот равномерно вздут, перистальтика кишечника усилена, звучная. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется пустая ампула. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определяются чаши Клойбера. Диагностирована острая кишечная непроходимость. Консервативная терапия, включая сифонную клизму, эффекта не дала. Выполнена экстренная операция. Обнаружена опухоль сигмовидной кишки размерами 6х6 см, полностью перекрывающая ее просвет, прорастающая серозную оболочку, увеличенные плотные лимфатические узлы в брыжейке по ходу сигмовидной артерии, по виду метастатические Приводящий сегмент ободочной и тонкой кишки резко расширен, переполнен кишечным содержимым. Выпота в брюшной полости нет. При ревизии другой патологии в брюшной полости не выявлено.
Вопросы:
Определите диагноз заболевания, ориентировочно стадию процесса.
Какой вид хирургической операции должен быть выполнен?
Обоснуйте предыдущее решение.
Эталон ответа:
Учитывая наличие стенозирующей опухоли сигмовидной кишки, прорастающей её серозную оболочку, метастатическое поражение регионарных лимфоузлов, то, что наиболее часто отдалённые метастазы при колоректальном раке локализуются в печени, а она не поражена, можно поставить предварительный диагноз: рак сигмовидной кишки III стадии, T3N1-2M0, осложнённый острой кишечной непроходимостью.
Оптимальным вмешательством на фоне острой кишечной непроходимости будет выполнение обструктивной резекции сигмовидной кишки (операции Гартмана).
Отводящий конец кишки должен быть ушит и оставлен в брюшной полости. Приводящий

раздутый сегмент ободочной кишки следует вывести на переднюю брюшную стенку в виде одноствольного ануса и вскрыть, выпустив наружу кишечное содержимое. Операцией выбора при раке сигмовидной кишки является резекция сигмовидной кишки с одновременным формированием толсто-толстокишечного анастомоза. Однако, в представленном наблюдении, операция проводилась на фоне острой кишечной непроходимости и перерастянутого приводящего отдела толстой кишки. Формирование одномоментного анастомоза было бы слишком опасным вследствие высокой вероятности несостоятельности швов соустья. Другим вариантом лечения острой опухолевой непроходимости при раке сигмовидной кишки является формирование разгрузочной колостомы на проксимальные отделы толстой кишки, однако при этом сохраняются риск прогрессирования опухоли и её дальнейшего метастазирования. Возможен также вариант стентирования опухолевого стеноза с определением дальнейшей тактики лечения после разрешения непроходимости.

Задание 73.
Больной К, 72 лет, обратился в онкологический диспансер с жалобами на вздутие живота, периодические приступы схваткообразных болей в животе. При фиброколоноскопии с биопсией по месту жительства выявлена циркулярная стенозирующая опухоль селезёночного угла ободочной кишки, гистологическое заключение: слизеобразующая аденокарцинома. При УЗИ брюшной полости в печени выявлены 2 гиперэхогенных очага размерами до 3 см.
Вопросы:
Какой, по вашему мнению, должен быть поставлен предварительный диагноз?
Какие дополнительные исследования необходимо выполнить у данного пациента?
Назовите основные принципы лечения.
Эталон ответа:
У больного рак селезёночного угла ободочной кишки, T3-4NxM1 (печень), стадия 4, осложнённый хронической кишечной непроходимостью.
Рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки, магнитно-резонансная томография брюшной полости и малого таза, для уточнения распространённости опухоли в толстой кишке и уточнения характера поражения печени, наличия увеличенных и подозрительных в отношении их метастатического поражения лимфатических узлов, для подтверждения метастатического характера поражения печени желательно выполнение пункции очагов под УЗИ контролем, определение в опухоли мутации KRAS
У больного имеется генерализованный рак ободочной кишки с потенциально резектабельными синхронными метастазами в печень. При возможности удаления метастазов показана операция в объёме R0 (расширенная левосторонняя гемиколэктомия и резекция печени). В последующем обязательна адьювантная химиотерапия в течение 6 месяцев. Возможно проведение периоперационной и неоадьювантней химиотерапии. На метастазы в печени возможно воздействие других факторов (криодеструкция, алкоголизация, радиочастотная термоабляция).

Задание 74.
Больной 63 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке. Предъявляет жалобы на схваткообразные боли в животе, задержку газов и в течение двух дней отсутствие стула. Была однократная рвота. Боли появились внезапно 4 часа назад. До этого в течение 6 месяцев периодически отмечал задержку стула, изредка в каловых массах обнаруживал примесь крови. К врачам не обращался. Операций на органах брюшной полости не было. Состояние средней тяжести. Язык суховат. Живот вздут, мягкий при пальпации умеренно болезнен во всех отделах, перистальтика кишечника усилена. Симптом Щеткина отрицателен. Патологических образований в брюшной

полости прощупать не удается. При ректальном исследовании ампула пуста, сфинктер атоничен. Во время выполнения сифонной клизмы в прямую кишку удалось ввести около 700,0 мл воды. При обзорной рентгенографии брюшной полости в петлях толстой и частично тонкой кишки видны чаши Клойбера.

Вопросы:

Какого типа непроходимость кишечника у больного и какова ее наиболее вероятная причина?

В каком положении больного (вертикальном или горизонтальном) проводилось рентгенологическое исследование для выявления чаш Клойбера?

Какое обследование должно быть проведено для уточнения диагноза и установления локализации процесса?

Какие консервативные меры до операции следует проводить и в течение какого промежутка времени?

Какое оперативное вмешательство следует выполнить при непроходимости на почве опухоли правой половины толстой кишки?

Какое оперативное вмешательство следует выполнить при непроходимости на почве опухоли левой половины толстой кишки?

Эталон ответа:

Обтурационная. Учитывая возраст, постепенное развитие заболевания (кишечные жалобы в течение полугода), наличие крови в каловых массах, запоры, наиболее вероятной причиной является рак.

В вертикальном. На рентгенограммах, сделанных в горизонтальном положении, чаши Клойбера не видны.

Ирригоскопия. Колоноскопия чревата опасностью разрыва измененной стенки кишки при инсуфляции воздуха.

Комплекс декомпрессивных мероприятий включает сифонные клизмы, назогастральную декомпрессию верхнего отдела пищеварительного тракта, спазмолитики. Принимают меры по борьбе с интоксикацией, коррекции волемических нарушений, нормализации функций сердечно-сосудистой системы, печени и почек. В случае ликвидации непроходимости необходимость в экстренной операции отпадает. При неэффективности интенсивной терапии, проводимой на протяжении 2-4, но не более 6 часов, выполняют оперативное вмешательство.

При непроходимости на почве опухоли правой половины толстой кишки оптимальной является правосторонняя гемиколэктомия.

При непроходимости на почве опухоли левой половины толстой кишки оптимальной является операция Гартмана.

Задание 75.

Больной 55 лет жалуется на тупую боль в правой подвздошной области, субфебрилитет. Болен 2 месяца, острого начала не было. В подвздошной области плотное образование до 6 см в диаметре с нечеткими контурами. Ограниченное в подвижности, безболезненное. При ирригоскопии в слепой кишке дефект наполнения.

Вопросы:

Ваш диагноз

Тактика лечения

Эталон ответа

Рак слепой кишки.

Хирургическое операция.

Задание 75

Больной 19 лет. Жалобы на боли в правом плече, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время, повышение температуры тела по вечерам до 38,5 -39,0^{0}С. Болеет в течение

3 недель. Объективно: правое плечо обычной конфигурации, кожные покровы не изменены, при пальпации отмечается локальная болезненность в средней трети. Больному выполнены рентгенография и радиоизотопное исследование костей скелета: опухоль располагается в средней трети плечевой кости, протяженностью до 5 см, выходит за пределы кортикального слоя, определяется поражение надкостницы по типу «луковичного» периостита. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки в паренхиме правого лёгкого выявлены округлые множественные тени размерами от 1,5 до 3 см.
Вопрос: Назовите Ваш предварительный диагноз?
Ответ: На основании острого начала и быстрого прогрессирования заболевания, болевого синдрома, клинической картины резко выраженной интоксикации, наличия рентгенологических признаков опухоли диафиза правого плеча, рентгенологического симптома «луковичного» периостита, определение метастазов в правом лёгком, повышение уровня щелочной фосфатазы и лактатдегидрогеназы в крови можно поставить диагноз саркома Юинга правого плеча с метастатическим поражением правого легкого.
Вопрос: Какие необходимо выполнить дополнительные исследования?
Ответ: Рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки, РКТ головного мозга, ультразвуковое исследование или магнитно-резонансная томография брюшной полости и малого таза, УЗИ зон регионарного метастазирования, трепанбиопсия или открытая биопсия опухоли.
Вопрос: С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику
Ответ: Дифференциальный диагноз саркомы Юинга проводят между остеогенной саркомой, эозинофильной гранулемой, остеобластокластомой, острым гематогенным остеомиелитом, костными формами туберкулёза, метастазами в кости. Определяющим в постановке диагноза являются данные морфологического исследования биопсийного материала.
Вопрос: Какая стадия заболевания у данного пациента.
Ответ: У пациента определяется опухоль менее 8 см, что соответствует критерию T1, в соответствии с данными биопсии, не имеется поражения регионарных лимфатических узлов, что соответствует критерию N0. Мо данным РКТ имеется множественное метастатическое поражение лёгких – M1a. Таким образом у больного стадия IVA (T1N0M1a).
Вопрос: Предложите вариант лечения
Ответ: Саркома Юинга относится к чувствительным к химиотерапии и лучевому лечению опухолям. В современных программах лечения применяется предоперационная и послеоперационная полихимиотерапия, при этом учитывается также гистологический ответ опухоли на лечение, а также лучевая терапия на очаг в высоких дозах (в том числе и на отдалённые метастазы). Хирургическое лечение предполагает если возможно радикальное удаление опухоли, в то же время операция в сочетании с интенсивной химиотерапией и лучевой терапией значительно снижает риск местного рецидива. Уменьшение частоты местного рецидива отмечается даже после нерадикальных операций. Преимущество должно отдаваться органосохраняющим операциям.

ПК9

Задания закрытого типа

Задание 1. Инструкция: Выберите один правильный ответ
Противопоказанием для назначения антрациклинов является
1) диссеминация опухолевого процесса

2) сердечно-сосудистая недостаточность
3) повышение температуры тела свыше 37,5С
4) отсутствие одной почки
Эталон ответа: 2) сердечно-сосудистая недостаточность

Задание 2. Инструкция: Выберите один правильный ответ
К основным критериям эффективности лечения в онкологии относятся
1) шкала Карновского и индекс ECOG
2) продолжительность временной и стойкой нетрудоспособности
3) выживаемость, качество жизни
4) критерий Манна-Уитни
Эталон ответа: 3) выживаемость, качество жизни

Задание 3. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Самостоятельным методом радикального лечения рака щитовидной железы является
1) иммунотерапия
2) химио-гормональный
3) лучевой
4) хирургический
Эталон ответа: 4) хирургический

Задание 4. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Под комбинированной операцией в онкологии понимают удаление опухоли
1) вместе с регионарным лимфатическим барьером и одновременным выполнением операции по поводу какого-либо другого неонкологического заболевания
2) в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером и всеми доступными лимфоузлами и клетчаткой в зоне операции
3) с резекцией (удалением) другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
4) с резекцией (удалением) другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс
5) в пределах здоровых тканей вместе с регионарным лимфатическим барьером
Эталон ответа: 3) с резекцией (удалением) другого органа, вовлеченного в опухолевый процесс

Задание 5. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
При радиотерапии ЗНО на частоту развития местных лучевых реакций в наибольшей степени влияет:
1) пожилой возраст
2) наличие сахарного диабета
3) наличие в анамнезе аллергических заболеваний
4) режим и доза облучения
Эталон ответа: 4) режим и доза облучения

Задание 6. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
При лучевой терапии базалиомы наиболее часто применяется:
1) близкофокусная рентгенотерапия
2) облучение на электронных ускорителях
3) фотодинамическая терапия
4) брахитерапия
Эталон ответа: 1) близкофокусная рентгенотерапия

Задание 7. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
К противоопухолевым препаратам группы антиметаболитов относится:

1) метронидазол;
2) гемцитабин;
3) оксалиплатин
4) паклитаксел
Эталон ответа: 2) гемцитабин;

Задание 8. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
К какой группе препаратов, применяемых при раке молочной железы, относится тамоксифен?
1) антиферментные
2) антигормональные
3) цитостатики;
4) таргетные
Эталон ответа: 2) антигормональные

Задание 9. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
В случае резектабельной опухоли нижне-ампулярного отдела прямой кишки, вовлекающей сфинктер показана:
1) операция Гартмана.
2) передняя резекция прямой кишки
3) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
4) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
Эталон ответа: 4) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки

Задание 10. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Показанием для применения химиотерапии в качестве самостоятельного метода при раке желудка является
1) рецидив рака
2) ранний рак
3) быстро растущая опухоль
4) неоперабельная опухоль.
Эталон ответа: 4) неоперабельная опухоль

Задание 11. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
При амбулаторном проведении цитостатической терапии необходимо проводить
1) еженедельный осмотр гематолога
2) регулярные анализы мочи
3) регулярные анализы крови
4) профилактическое назначение антибиотиков
Эталон ответа: 3) регулярные анализы крови

Задание 12. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Согласно рекомендации ВОЗ под полным эффектом (полной ремиссией) понимают
1) полную резорбцию опухоли
2) полное исчезновение всех опухолевых очагов сроком на 4 недели и более
3) полную резорбцию опухоли сроком не менее, чем на 8 недель
4) уменьшение размеров опухоли более чем на 50%
Эталон ответа: 2) полное исчезновение всех опухолевых очагов сроком на 4 недели и более

Задание 13. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Определение гормональных рецепторов в опухоли важно
1) для типирования гистологической природы опухоли

2) для определения уровня гормонов в организме
3) для определения целесообразности гормонотерапии
4) для определения целесообразности иммунотерапии
Эталон ответа: для определения целесообразности гормонотерапии

Задание 14. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
К лучевым реакциям при лечении ЗНО относится
1) фиброз
2) лучевая язва
3) пневмосклероз
4) эритема кожи
Эталон ответа: 4) эритема кожи

Задание 15. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Механизм действия антиметаболитов при проведении цитостатической химиотерапии состоит
1) в реакции алкилирования ДНК
2) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
3) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
4) в денатурации тубулина - белка микротрубочек
Эталон ответа: 2) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты

Задание 16. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Механизм действия противоопухолевых антибиотиков состоит
1) в реакции алкилирования ДНК
2) в нарушении синтеза пуринов и тимидиновой кислоты
3) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы
4) в денатурации тубулина - белка микротрубочек
Эталон ответа: 3) в подавлении синтеза нуклеиновых кислот на уровне ДНК-матрицы

Задание 17. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Наиболее часто лекарственная терапия может считаться самостоятельным высокоэффективным методом при лечении
1) рака почки
2) мелкоклеточного рака легкого
3) рака желудка
4) рака желудка
Эталон ответа: 2) мелкоклеточного рака легкого

Задание 18. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
При химиотерапевтическом лечении рака молочной железы противопоказанием для назначения антрациклинов является:
1) диссеминация опухолевого процесса
2) сердечно-сосудистая недостаточность
3) диабет
4) гиперкоагуляция
Эталон ответа: 2) сердечно-сосудистая недостаточность

Задание 19. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Согласно рекомендации ВОЗ под частичным эффектом (частичной ремиссией) при проведении химиотерапии при ЗНО понимают:
1) уменьшение опухоли, улучшение состояния больного

2) уменьшение размеров опухоли более чем на 25%
3) уменьшение всех опухолевых очагов на 50% или более при отсутствии других признаков прогрессирования заболевания
4) уменьшение размеров опухоли на 50% или более сроком не менее, чем на 2 месяца
Эталон ответа: 3) уменьшение всех опухолевых очагов на 50% или более при отсутствии других признаков прогрессирования заболевания

Задание 20. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Основным видом токсичности препаратов платины I поколения является:
1) нефро- и нейротоксичность
2) кардиотоксичность
3) дерматологическая токсичность
4) дерматологическая токсичность
Эталон ответа: 1) нефро- и нейротоксичность

Задание 21. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Основным функциональным показателем кардиотоксичности антрациклинов является:
1) изменение зубца Т на электрокардиограмме
2) увеличение интервала P-Q на электрокардиограмме
3) синусовая тахикардия
4) уменьшение сократительной функции миокарда
Эталон ответа: 4) уменьшение сократительной функции миокарда

Задание 22. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Антиандрогены применяются
1) при раке почки
2) при меланоме кожи
3) при лимфосаркоме
4) при раке предстательной железы
Эталон ответа: 4) при раке предстательной железы

Задание 23. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
К частым осложнениям химиотерапии не относится:
1) анорексия
2) диарея
3) алопеция
4) остеопороз
Эталон ответа: 4) остеопороз

Задание 24. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Химиотерапия наиболее эффективна:
1) при папиллярном раке щитовидной железы
2) при фолликулярном раке щитовидной железы
3) при недифференцированном (анапластическом) раке щитовидной железы
4) эффективность химиотерапии не зависит от морфологической структуры рака щитовидной железы
Эталон ответа: 3) при недифференцированном (анапластическом) раке щитовидной железы

Задание 25. Инструкция: Выберите один правильный ответ.
Наибольшей эффективностью в монорежиме при лечении мелкоклеточного рака легкого обладает

1) циклофосфан
2) метотрексат
3) винкристин
4) доцетаксел
Эталон ответа: 4) доцетаксел

Задания открытого типа

Задание 1.
Реабилитацию больного злокачественной опухолью следует начинать _____
Эталон ответа: с момента постановки диагноза

Задание 2.
Для раннего рака желудка _____ наличие клинически выраженных симптомов
Эталон ответа: не характерно

Задание 3.
Назначение _____ анальгетиков согласно рекомендацией ВОЗ при некурабельных ЗНО относится к третьей ступени лечения хронического болевого синдрома
Эталон ответа: опиоидных

Задание 4.
Основным оперативным документом составляемым на онкологического больного врачом - онкологом поликлиники является _____.
Эталон ответа: Контрольная карта диспансерного наблюдения больного со злокачественным новообразованием (ф.№ 030-6/У)

Задание 5.
Наиболее часто применяемым препаратом таргетной терапии при раке молочной железы является _____.
Эталон ответа: трастузумаб (герцептин)

Задание 6.
Выбор метода лечения онкологического больного определяет консилиум врачей в составе _____.
Эталон ответа: врача-хирурга, врача-радиолога и врача-химиотерапевта.

Задание 7.
Неоадъювантная терапия при лечении злокачественных опухолей – это использование цитостатиков в _____ периоде
Эталон ответа: предоперационном
Задание 8.
«Извещение о больном с впервые выявленным диагнозом рака или другого онкологического заболевания» должен заполнить _____ врач, установивший диагноз
Эталон ответа: любой

Задание 9.

Показанием для применения химиотерапии в качестве самостоятельного метода лечения при раке желудка является _____ опухоль
Эталон ответа: неоперабельная

Задание 10.
Лейкомакс, филграмостин, нейпоген относятся к колониестимулирующим препаратам, применяющимся при _____
Эталон ответа: лейкопении и агранулоцитозе

Задание 11.
У больной в поликлинике поставлен диагноз рак кожи. Поликлинический онколог самостоятельно назначил лечение и определил сроки наблюдения.
Вопросы:
Правильно ли поступил онколог поликлиники?
Каким образом определяется тактика лечения онкобольного?
Какие обязанности у онколога поликлиники должны быть в данном случае?
Эталон ответа:
Нет. После верификации заболевания пациента необходимо направить в онкологический диспансер
Тактика лечения определяется онкологическим консилиумом.
Динамическое диспансерное наблюдение за больным поликлинический онколог проводит после окончания лечения.

Задание 12.
Мужчина, 64 лет, обратился с жалобами на тупую боль в эпигастральной области, задержку твердой пищи в пищеводе на уровне мечевидного отростка грудины, прогрессирующие слабость, похудание, ухудшение аппетита. История заболевания. В течение 20 лет страдает хроническим гастритом. Заболевание проявлялось изжогой, отрыжкой горьким при погрешности в диете. Три месяца назад без видимой причины появилась тупая боль в эпигастральной области, возникавшая после приема пищи. Через месяц боль стала постоянной, но осталась неинтенсивной. Обратился к терапевту. Врач диагностировала обострение хронического гастрита, назначил диету, медикаментозное лечение. Эффекта от проведенного лечения не было. Два месяца назад в области мечевидного отростка стала задерживаться твердая пища. Больной начал худеть, ухудшился аппетит, появилась нарастающая слабость. Анамнез жизни. Курит с 15 лет. Злоупотребляет приемом алкоголя, часто употребляет маринады и копчености домашнего изготовления. Любит соленую пищу. Объективно. Питание удовлетворительное. Живот мягкий, при пальпации легкая болезненность в эпигастральной области, опухолевидных образований не прощупывается.
Вопросы:
Как следовало поступить терапевту при первом обращении больного?
О каком заболевании можно подумать на основании имеющихся клинических данных?
С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику
К какой клинической группе диспансерного наблюдения можно отнести данного пациента
Какой вид лечения является основным?
Эталон ответа:
Направить больного на эндоскопическое или рентгенологическое исследование
Рак желудка
Обострение хронического гастрита или язвенной болезни желудка, ахалазия пищевода, гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ), полипы желудка
Ia
Хирургическое

Задание 13.
Больной, 60 лет, предъявляет жалобы на чувство тяжести и боль в эпигастральной области после еды, тошноту, изжогу, периодическую рвоту пищей, слабость, прогрессирующие похудание, снижение аппетита. Болен в течение двух месяцев. Вначале появилась боль в эпигастральной области справа от средней линии, тупая, ноющая. Через 2 недели стал ощущать переполнение желудка после приема пищи, тошноту, во второй половине дня возникала рвота, приносившая облегчение. В рвотных массах обнаруживал плохо переваренную пищу, съеденную утром. Позднее присоединилась слабость, ухудшился аппетит, стал худеть. Потеря веса за 2 мес. составила 10 кг. В течение 10 лет страдает хроническим гастритом, который проявлялся изжогой, горькой отрыжкой и ноющей разлитой болью в эпигастральной области после еды. Эти симптомы возникали редко, провоцировались приемом алкоголя и погрешностью в питании. Купировались диетой, приемом соды. Дважды проходил эндоскопическое обследование. Заключение: хронический атрофический гастрит. Наследственность не отягощенная. Объективно: Питание понижено. Живот безболезнен, в эпигастральной области определяется шум плеска. Печень не увеличена. Опухолевидных образований в брюшной полости не прощупывается.
Вопросы
Какое заболевание по такому описанию кажется наиболее вероятным?
Какие минимальные инструментальные исследования нужно назначить для установления диагноза?
Описание рентгенолога (гастроскопия): Желудок натощак содержит большое количество слизи, гипотоничен. Антральный отдел циркулярно сужен, контуры неровные, подрытые, перистальтика не прослеживается, эвакуация из желудка замедлена. Какое осложнение имеет место у данного пациента, при какой форме роста опухоли возможна такая рентгенологическая картина?
При дополнительном обследовании у больного обнаружены отдаленные метастазы. В какой орган чаще всего гематогенно метастазирует рак желудка?
В каком лечении нуждается данный пациент?
Эталон ответа:
Рак желудка
Рентгеноскопию пищевода и желудка, ФГДС с биопсией, УЗИ или РКТ брюшной полости и малого таза, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ шейных лимфатических узлов
Субкомпенсированный стеноз. Инфильтративная форма.
Печень
Симптоматическая операция – формирование гастроэнтероанастомоза, затем паллиативная химиотерапия

Задание 14.
Больной Н., 65 лет, поступил в клинику с жалобами на потерю массы тела, слабость, периодические боли в эпигастрии, изменение цвета кала (периодически чёрного цвета). Пациенту проведены рентгенологическое исследование желудка и фиброгастроскопия с биопсией. На малой кривизне желудка обнаружено образование размером 6х4 см с валикообразными краями и западающей центральной частью, покрытой серым налетом. Взята биопсия, при гистологическом исследовании полученного материала обнаружена картина рака. При дальнейшем исследовании данных за отдалённые метастазы не выявлено.
Вопросы:
1. Назовите макроскопическую форму рака желудка.
2. Назовите, какой рост по отношению к просвету желудка для нее характерен.

3. Какой гистологический тип рака чаще всего находят при этой форме рака желудка?
4. Какой объём оперативного вмешательства показан пациенту
5. Где еще можно искать лимфогенные метастазы рака желудка, в чем особенность лимфогенного метастазирования этой опухоли?
Эталон ответа: Инфильтративно-язвенная форма рака желудка
Эндофитный рост
Аденокарцинома
Гастрэктомия
Регионарные лимфатические узлы II и III порядков (вдоль чревного ствола и его ветвей, параэзофагеальные, узлы ворот селезёнки, парапанкреатические, парапилорические и др. Особенностью является орто- и ретроградное лимфогенное метастазирование и возможность появления отдалённых ретроградных лимфогенных метастазов

Задание 15.
В центральной части железы опухоль 7х7см, сосок уплощен, ареола инфильтрирована, отек кожи по типу "лимонной корки".
Какое заболевание можно предположить?
Определите клиническую форму заболевания
Определите объём оперативного вмешательства
Эталон ответа:
Рак молочной железы
Узловая форма
Мастэктомия

Задание 16.
Больной Ж., 49 лет, обратился к врачу с жалобами на потерю аппетита, слабость, снижение массы тела, частые боли в эпигастрии, постоянную тошноту, периодически рвоту непереваренной пищей. Перечисленные симптомы постепенно нарастают в течение 2 лет, 3 раза проводилось фиброгастроскопическое исследование со взятием биопсии. Данные гистологического исследования — хронический поверхностный гастрит. За последние 2 месяца отмечает прогрессивное ухудшение состояния, потерял в весе до 15 кг. При осмотре Питание понижено. Живот умеренно болезнен в эпигастральной области. Печень не увеличена. Опухолевидных образований в брюшной полости не прощупывается. Определяется плотное безболезненное малоподвижное образование в надключичной области слева 3,5х3 см (лимфоузел). При рентгенологическом исследовании выявлен утолщенный нерастяжимый желудок в виде «кожаного мешка». При гастроскопии обнаружено утолщение складок слизистой оболочки желудка во всех отделах, взята биопсия, в которой выявлены признаки рака.
Вопросы:
1. Назовите макроскопическую форму рака желудка.
2. Назовите, какой рост по отношению к просвету желудка для нее характерен.
3. Какой гистологический тип (или типы) рака чаще всего находят при этой форме рака желудка?
4. Что означают изменения, которые найдены в левом надключичном лимфатическом узле?
5. Какая стадия заболевания и почему?
Какое лечение показано пациенту
Эталон ответа:
Тотальный рак желудка, диффузно-инфильтративная форма (linitis plastica).
Эндофитный рост
Тубулярную аденокарциному или перстневидноклеточный рак

Данные изменения характерны для ретроградного отдалённого лимфогенного метастазирования рака желудка (имеет место «метастаз Вирхова»)
IV стадия заболевания (критерий по TNM – M1)
Паллиативная химиотерапия

Задание 17
Женщина 70 лет, 4 года назад перенесла инфаркт миокарда. При контрольном осмотре у кардиолога предъявила жалобы на чувство быстрого насыщения и ощущение полноты в желудке после приема небольших порций пищи. Других желудочных и общесоматических жалоб не предъявляла. Указанные симптомы возникли без видимой причины 2 месяца назад. Никакой динамики за этот период не наблюдалось. Врач направила больную на рентгенологическое обследование и ФГС.
Вопросы:
Обосновано ли направление больной на эти исследования при наличии столь мало выраженных симптомов?
Какие минимальные исследования нужно назначить при установлении диагноза?
Нуждается ли больная в специальном лечении при подтверждении диагноза ЗНО желудка?
Какое лечение показано данной пациентке
Эталон ответа:
Обосновано. Ощущение быстрого насыщения и полноты в желудке после приема небольших порций пищи свидетельствует о потери эластичности стенки желудка или о наличии образования, уменьшающего его просвет. У пожилых людей следует заподозрить рак. Малая выраженность клинических проявлений может наблюдаться даже при опухолях значительных размеров. Отсутствие положительной динамики на протяжении 2-х месяцев также характерно для рака.
Рентгеноскопию пищевода и желудка, ФГДС с биопсией, УЗИ или РКТ брюшной полости и малого таза, рентгенографию органов грудной клетки, УЗИ шейных лимфатических узлов, анализ крови на онкомаркеры.
Больная нуждается в специальном лечении.
При отсутствии отдалённых метастазов радикальный метод лечения рака желудка – оперативный. Пожилой возраст и перенесенный в прошлом инфаркт миокарда при отсутствии нарушении со стороны сердечно-сосудистой системы не является препятствием к операции.

Задание 18.
У девочки 14 лет после травмы 4 месяца назад появились припухлость в верхней трети голени и боли преимущественно по ночам. Получала физиотерапевтическое лечение. Уплотнение медленно увеличивается. Общее состояние удовлетворительное. Температура тела нормальная. В верхней трети правой голени плотная, слегка болезненная опухоль размером 7 × 6 см, от кости не отводится, без четких контуров, кожа над ней не изменена. Ограничение подвижности в коленном суставе. Регионарные (паховые) лимфатические узлы не увеличены.
Вопросы:
1. Каков предположительный диагноз?
2. Перечислите методы обследования, их очередность.
3. Какова лечебная тактика?
Эталон ответа:
1. Клиническая картина соответствует остеогенной саркоме верхней трети правой большеберцовой кости.
2. Необходимо выполнить рентгенографию голени, коленного сустава и бедра в 2 проекциях, рентгенографию легких, общий, биохимический анализы крови и анализ крови

на нейронспецифическую энолазу, общеклиническое обследование (ЭКГ, коагулограмма, общий анализ мочи), УЗИ зоны поражения, паховых лимфатических узлов и ОБП, КТ/МРТ голени, трепанобиопсию опухоли.
3. Лечение: при отсутствии отдаленных метастазов — неоадъювантная полихимиотерапия, затем (при возможности) — органосохранная операция с эндопротезированием

Задание 19.
У ребенка 9 лет боль в икроножной мышце левой голени появилась через 1 месяц после травмы. На голени четко видна отграниченная припухлость. Субфебрилитет. Диагностирован посттравматический инфильтрат. Назначены физиопроцедуры.
Вопросы:
Какое заболевание можно заподозрить в данном случае?
Какие исследования необходимо провести для уточнения диагноза?
Правильно ли выбрана тактика лечения?
Эталон ответа:
Саркому мягких тканей левой голени
Необходимо выполнить рентгенографию голени и коленного сустава и бедра в 2 проекциях, рентгенографию легких, УЗИ зоны поражения, паховых лимфатических узлов и ОБП, КТ/МРТ голени, пункционную биопсию опухоли.
Нет, при назначении лечения врач не проявил онконастороженность, при ЗНО физиолечение может привести к очень быстрому прогрессированию заболевания и раннему и обширному метастазированию

Задание 20.
Мальчик 14 лет, в течение двух месяцев жалуется на боли в области правого коленного сустава, которые последние две недели стали носить интенсивный характер. Ребёнок плохо спит по ночам из-за болей, у него ухудшился аппетит, похудел. В анамнезе: ребёнок первый в семье, родился доношенным, рос и развивался соответственно возрасту. Прививки сделаны все, аллергологический анамнез не отягощён. Семейный анамнез: родители здоровы, бабушка (по отцу) умерла от рака прямой кишки. Осмотр: кожные покровы бледные, ребёнок пониженного питания. Сердечные тоны приглушены, ЧСС 100уд/мин., АД 110/70мм рт.ст. В лёгких дыхание жёсткое, хрипов нет. Язык влажный, живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень по краю рёберной дуги, селезёнка не пальпируется. Локально: в нижней трети правого бедра отёчность, объём увеличен по сравнению со здоровым бедром на 4см, усилен венозный рисунок, движения в коленном суставе ограничены. На рентгенограмме: литический очаг в нижней трети бедренной кости с неотчётливыми контурами, треугольник Кодмена и образование костного вещества по ходу сосудов. Общий анализ крови: Hb 75г/л, эритроциты 3,1.1012/л, цв.показатель 0,6; лейкоциты 9,8.109/л; п/я 5%; с/я 63%; э 3%; лимфоциты 21%; моноциты 8%; СОЭ 54мм/час. Общий анализ мочи: цвет соломенно-желтый, прозрачная, pH 6,0; уд.вес 1023, белок отрицательный, сахар отрицательный, лейкоциты 2-3 в п/з., эритроциты 0. Биохимический анализ: общий белок 55г/л, альбумины 50%, глобулины: α1 3%, α2 13%, β 12%, γ 22%; щелочная фосфатаза 280ед/л, АлАТ 23ед., АсАТ 28ед., амилаза 30ед/л., тимоловая проба 4ед., общий билирубин 16мкмоль/л, связанный 2мкмоль/л, реакция прямая. УЗИ органов брюшной полости: печень не увеличена, паренхима гомогенная, эхогенность обычная, сосуды печени не расширены. Рентгенограмма лёгких – легочные поля без очаговых теней.
Вопросы:
Обоснуйте диагноз.
Определите стадию заболевания.
Какой метод диагностики будет определяющим?

Составьте план лечения.
Эталон ответа:
Диагноз: остеогенная саркома дистального метафиза правой бедренной кости,
Стадия IIБ
Трепанобиопсия с гистологическим исследованием
Тактика лечения: предоперационная химиотерапия, оперативное лечение (ампутация на уровне в/з бедра), послеоперационные курсы химиотерапии.

Задание 21.
На приёме у врача-педиатра поликлиники мать с ребенком 6 месяцев. Жалобы на наличие опухолевидного образования в области грудной клетки слева. Из анамнеза известно, что данное образование у ребёнка имеется с рождения, с возрастом медленно увеличивается. За последние две недели стало прогрессивно увеличиваться в размерах. Соматический статус не нарушен. Местно: на передне-боковой поверхности грудной клетки слева на уровне III-IV рёбер определяется опухолевидной образование размерами 5,0х6,0см, багрово-цианотичного цвета, прорастает кожу, выступает над ней на 0,5см, поверхность бархатистая, при пальпации образование безболезненное, при надавливании бледнеет, при отнятии пальца цвет вновь восстанавливается. Анализ крови: эритроциты 3,8.1012/л, Hb 132г/л, лейкоциты 6,8.109/л. Анализ мочи: цвет соломенно-желтый, уд.вес 1016, сахар отрицательный, белок отрицательный, эпителий плоский, единичный в п/зр.
Вопросы:
Поставьте диагноз.
Какова тактика педиатра?
Что собой представляет данное заболевание?
С чем дифференцируют данное заболевание?
Представьте необходимые дополнительные исследования и план лечения данной патологии.
Эталон ответа:
Кавернозная гемангиома области грудной клетки слева.
Необходима консультация детского хирурга для решения вопроса о лечебной тактике.
Гемангиома - доброкачественная сосудистая опухоль, состоящая из множества разных по величине и форме полостей, выстланных одним слоем эндотелиальных клеток.
Дифференцируют с другими видами гемангиом (капиллярной, ветвистой, комбинированной, смешанной), врожденными сосудистыми пятнами.
Дополнительные методы исследования: УЗИ грудной клетки, исследование гемостаза, групповая и Rh-принадлежность.
План лечения: хирургическое лечение - иссечение опухоли в пределах здоровой ткани.

Задание 22.
Мальчик, 11 лет. Жалобы на боль в правой половине грудной клетки, припухлость над правой ключицей, периодическое повышение температуры до 38оС. Анамнез: после перенесенной ангины появилась боль в грудной клетке, через две недели - припухлость над ключицей. В анализе крови воспалительные изменения. Объективно: припухлость без четких границ над правой ключицей, болезненная при пальпации. На рентгенограммах грудной клетки в двух проекциях - большой гомогенный узел округлой формы, занимающий верхнюю треть правого гемиторакса, легочный рисунок усилен под узлом. На рентгенограмме грудной клетки в прямой проекции – в первом правом ребре на всем протяжении мелкоочаговая смешанного характера деструкция с линейной периостальной реакцией по верхнему контуру ребра.
Вопросы:
Ваше заключение?
Определяюший метод диагностики?

Возможные варианты лечения?
Эталон ответа:
Саркома Юинга первого правого ребра.
Препанбиопсия с гистологическим исследованием
Лечение многокомпонентное химиолучевое. Если возможно - радикальное удаление опухоли (включая кость и мягкотканный компонент).

Задание 23.
Больная К.,67. жалуется на тупые боли внизу живота, периодически сопровождающиеся вздутием, урчанием в животе, неустойчивый стул, чередование запоров и поносов, примесь слизи и крови в кале. Указанные жалобы отмечаются в течение 6 месяцев. Последнее время стала ощущать слабость, недомогание, повышенную утомляемость, незначительное похудание. Температура по вечерам – 37,2 - 37,5˚С.
Вопросы:
Какое заболевание можно заподозрить?
В каком отделе толстой кишки может локализоваться опухоль?
Какие лабораторные и инструментальные исследования необходимо выполнить?
Определите лечебную тактику при опухоли толстой кишки без рентгенологических признаков толстокишечной непроходимости и отдалённого метастазирования
Определите принципы лечения после операции.
Эталон ответа:
Можно заподозрить опухоль толстой кишки.
В сигмовидной кишке или ректосигмоидном отделе.
Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на онкомаркеры, ирригоскопия, фиброколоноскопия с биопсией, УЗИ или РКТ брюшной полости и малого таза, рентгенография органов грудной клетки
При отсутствии данных за отдалённое метастазирование показано оперативное лечение – резекция сигмовидной кишки
Зависит от стадии заболевания. Во всех случаях T>2 и N+ показано проведение адьювантной ПХТ, в ситуации T2N0M0 проведение ПХТ после результата генетического анализа на микросателлитную нестабильность.

Задание 24.
Больной 49 лет, лечился в терапевтическом отделении по поводу железодефицитной анемии и был выписан с некоторым улучшением. Последние 2 месяца беспокоит головная боль, резкая слабость, отсутствие аппетита, снижение работоспособности, потерял вес до 10 кг, периодически отмечает каловые массы черного цвета. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, безболезненный при поверхностной пальпации, при глубокой – в правом подреберье определяется опухолевидное образование размерами 6х4 см, несколько болезненное, бугристое, без чётких контуров, умеренно смещаемое. Симптомов раздражения брюшины нет.
Вопросы:
Поставьте предварительный диагноз?
Определите тактику лечения больного и предполагаемый объём операции.
Определите принципы лечения после операции?
Эталон ответа:
Опухоль печеночного угла ободочной кишки.
При отсутствии данных за отдалённое метастазирование показано оперативное лечение – правосторонняя гемиколэктомия.
Зависит от стадии заболевания. Во всех случаях T>2 и N+ показано проведение адьювантной ПХТ, в ситуации T2N0M0 проведение ПХТ после результата генетического анализа на микросателлитную нестабильность.

Задание 25.
К врачу обратился больной К., 65 лет с жалобами на ноющие боли в левом подреберье, ощущение тяжести. В последнее время отмечает снижение аппетита, за последний месяц потерял в весе около 5 кг, появились запоры, задержка стула бывает на 2-3 дня. Периодически бывает вздутие живота. Больной повышенного питания, кожа и видимые слизистые обычной окраски. Пульс 78 уд. в мин. АД 140/80 мм рт. ст. Над легочными полями дыхание везикулярное. Язык обложен белесоватым налётом. Живот мягкий, в левом подреберье умеренно болезнен, при глубокой пальпации нечетко определяется малоподвижное опухолевидное образование. Симптомов раздражения брюшины нет. При пальцевом исследовании прямой кишки сфинктер в тонусе, на перчатке кал обычного цвета, патологические образования не определяются. Диурез достаточный.
Вопросы:
Поставьте предварительный диагноз.
Какие методы исследования следует использовать для постановки окончательного диагноза?
Какой минимальный объём операции показан при неосложнённом раке селезёночного угла ободочной кишки?
Определите принципы лечения после операции?
Эталон ответа:
Рак селезёночного угла ободочной кишки.
Общий анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на онкомаркеры, ирригоскопия, фиброколоноскопия с биопсией, УЗИ или РКТ брюшной полости и малого таза, рентгенография органов грудной клетки
Левосторонняя гемиколэктомия.
Зависит от стадии заболевания. Во всех случаях T>2 и N+ показано проведение адьювантной ПХТ, в ситуации T2N0M0 проведение ПХТ после результата генетического анализа на микросателлитную нестабильность.

Задание 26.
Больной К., 42 лет предъявляет жалобы на выделение крови и слизи в начале акта дефекации, периодически возникающие запоры, сменяющиеся поносами. При исследовании per rectum на расстоянии 7 - 8 см от ануса определяется нижний край опухолевидного образования плотной консистенции, бугристое, исследование умеренно болезненно, опухолевидное образование, занимает до 2/3 полуокружности прямой кишки.
Вопросы:
Поставьте предварительный диагноз.
Какие виды операций применяются при данной патологии?
При обследовании у пациента выявлены увеличенные паратуморозные лимфоузлы в мезоректальной клетчатке. Каков должен быть план лечения?
Эталон ответа:
Рак прямой кишки
Передняя резекция прямой кишки (в том числе обструктивная), брюшно-анальная резекция прямой кишки, брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки.
У данного пациента показано комбинированное лечение, хирургическая операция в сочетании с химиолучевым лечением. Оптимально проведение неоадьвантного курса химиолучевой терапии с последующей операцией и адьювантной химиотерапией в течение 6 мес.

Задание 27.
Больная 52 лет, за последние два месяца похудела на 7 кг. Две недели назад появился кожный зуд, желтушность кожи и склер, темная моча. Болевой синдром не выражен.

Объективно: желтушность кожи с землистым оттенком. В правом подреберье пальпируется плотное, гладкое, шаровидное безболезненное образование. Печень выступает на 3 см из-под края реберной дуги, край ее гладкий, поверхность ровная.
Вопросы:
Какое заболевание можно предположить?
Какое осложнение имеется у больной?
Как называется симптом, определяемый у пациентки?
Определите возможный вариант лечения
Эталон ответа:
Рак головки поджелудочной железы
Синдром механической желтухи
Симптом Курвуазье
Наружное дренирование желчных протоков, предпочтительно чрескожная чреспечёночная холангиостомия под УЗИ контролем, тактика дальнейшего лечения будет определяться в зависимости от результатов обследования.

Задание 28.
У больного Я., 59 лет, в течение 2-х месяцев отмечается желтуха, снижение аппетита, похудел на 15 кг. При обследовании выявлена увеличенная печень, пальпируется малоподвижное образование в эпигастральной области справа над пупком. В течение последних 2-х недель отмечает рвоту с примесью крови, носовые кровотечения, появление кровоизлияний на туловище.
Вопросы:
Какой диагноз можно поставить в этом случае?
С какими заболеваниями необходимо дифференцировать данную патологию?
Определите план обследования больного
Какова должна быть тактика лечения?
Эталон ответа:
Рак головки поджелудочной железы
С другими опухолями билиопанкреатодуоденальной зоны, раком ободочной кишки и желудка
УЗИ брюшной полости, ФГДС
Первым этапом лечения должно быть выполнено наружное дренирование жёлчных протоков (оптимально чрескожная чреспечёночная холангиостомия под контролем УЗИ)

Задание 29.
Больной Г., 60 лет, госпитализирован в клинику для обследования в связи с болью в правом подреберье, признаками желтухи. В анамнезе перенесенный вирусный гепатит В, осложнившийся циррозом печени. При физикальном исследовании обнаружена увеличенная, выступающая из под реберной дуги болезненная и бугристая печень. Реакция Абелева-Татаринова резко положительная. При УЗИ брюшной полости выявлено узловое образование правой доли печени размерами 15х12 см , с вовлечением IV сегмента, 2 узла в левой доле печени размерами 3х2 и 2х2 см, асцит до 1л. Лимфатические узлы ворот печени и гепатодуоденальной связки не увеличены. При дальнейшем исследовании других очагов поражения не выявлено. Проведена биопсия печени. При гистологическом исследовании биоптата определяется участок ткани, состоящий из небольших похожих на паренхиматозные клетки, имеющие очень крупные ядра с увеличенным ядерно-цитоплазматическим отношением (8:1). Встречаются ядра неправильной фестончатой формы с нежной (молодой) структурой, содержащие 3-5 крупных ядрышек. Клетки не образуют межклеточные контакты, лежат обособленно, не формируют характерные для печени тканевые структуры. В этих клетках имеются фигуры митоза. В некоторых участках данные клетки перфорируют стенки микрососудов,

врастают в окружающие тканевые элементы, разрушая их, прорастают в капсулу печени и инфильтрируют ткани органов, прилежащих к печени.
Вопросы:
Ваш диагноз?
Назовите проявления тканевого и клеточного атипизма, которые имеют место в гистологическом препарате.
Определите предположительную стадию заболевания
Какой вид лечения предпочтителен
Эталон ответа:
Первичный рак печени
Вирусный гепатит и цирроз печени являются факультативными предраковыми заболеваниями для первичного рака печени
IIIA стадия (T3N0M0)
ТАХЭ с последующей системной терапией

Задание 30.
У курильщика 68 лет появилось плотное безболезненное образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытое корочкой размерами 1,0 см. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2,0 см.
Вопросы:
Ваш предварительный диагноз?
Назначьте план обследования
При гистологическом исследовании биопсийного материала из опухоли и лимфатического узла на шее получено заключение о наличии плоскоклеточного ороговевающего рака. Поражения других регионарных лимфоузлов, а также отдалённых метастазов не выявлено.
Назовите стадию процесса.
Какое лечение должно быть назначено?
Эталон ответа:
Рак нижней губы
Нужно выполнить соскоб или биопсию с морфологическим исследованием, пункционную биопсию увеличенного лимфатического узла на шее, УЗИ региональных лимфоузлов (включая шейные, затылочные, подчелюстные, надключичные), УЗИ органов брюшной полости для исключения метастатического поражения печени, рентгенография нижней челюсти для оценки возможной инвазии опухоли в костные структуры, рентгенография органов грудной клетки для исключения метастатического поражения лёгких.
На основании размеров опухоли до 2 см и наличия единичного метастатического лимфатического узла у больного III стадия заболевания (T1N1M0)
Комбинированное

Задание 31.
Больной Н., 53 лет, сварщик. Курит в течение 30 лет. Предъявляет жалобы на поперхивание, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле, охриплость. Болеет в течение 3 месяцев. 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: плоскоклеточный рак с ороговением.
Вопросы:
Назовите предварительный диагноз?
Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для диагностики?

При выполнении УЗИ шеи выявлено увеличение 1 паратрахеального лимфатического узла справа. При пункционной биопсии получен ответ: метастаз плоскоклеточного рака. Отдалённых метастазов не выявлено. Определите стадию заболевания.
Каким может быть лечение?
Эталон ответа:
Рак гортани.
Необходимо дополнительно выполнить УЗИ шеи для определения возможных изменений в регионарных лимфоузлах, рентгеновскую компьютерную томографию шеи и органов грудной клетки для уточнения распространённости патологического процесса и наличия отдалённых метастазов, выполнить УЗИ брюшной полости для исключения метастазов в печени.
T3N1M0, стадия III.
Лечение должно быть комбинированным, показана ларингэктомия в сочетании с иссечением шейной клетчатки и лимфатических узлов на стороне поражения. После операции лучевое или химиолучевое лечение

Задание 32.
Задача 1.
На прием пришла пациентка, 48 лет, с жалобой на кровянистые выделения из соска правой молочной железы. Обратила внимание 3 недели назад. При осмотре выявлена язва соска размерами 0,5х0,7 см с кровянистым отделяемым. Молочные железы большого размера. Аксиллярные лимфоузлы с обеих сторон пальпаторно не увеличены. Цитологическое исследование мазка-отпечатка с язвы правой молочной железы выявило раковые клетки. Пациентка желает сохранить грудь.
Вопросы:
Назовите предполагаемый диагноз
Какие необходимы дополнительные методы исследования?
Каков должен быть объем радикальной операции?
Эталон ответа:
Рак Педжета
УЗИ молочных желез, маммография, рентгенография легких, УЗИ органов брюшной полости и малого таза.
При клинической интактности аксиллярных лимфоузлов возможно применение аксиллярной лимфодиссекции 1 уровня. Возможно произвести органосохранное удаление опухоли с обязательным назначением послеоперационной ДЛТ или мастэктомию.

Задание 33.
Пациентка 37 лет заметила уплотнение в левой молочной железе 2 недели назад. При осмотре выявлена опухоль в верхне-наружном квадранте левой молочной железы, не спаянное с окружающими тканями размером 1 см. Увеличен 1 лимфоузел в левой аксиллярной области. При цитологическом исследовании пунктата из образования и лимфоузла выявлены клетки протоковой аденокациномы.
Вопросы:
Ваш диагноз
Какие исследования необходимо дополнительно выполнить данной пациентке для определения стадии заболевания?
При обследовании данных за отдалённые метастазы не выявлено, какой должен быть объём радикальной операции?
Эталон ответа:
Рак левой молочной железы
УЗИ молочных желез, маммография, рентгенография легких, УЗИ органов абдоминальной области и малого таза.

Независимо от объёма операции на молочной железе, в связи с наличием 1 метастатически пораженного лимфоузла, необходимо выполнение полной аксиллярной лимфатической диссекции

Задание 34.
Больная 38 лет, при профосмотре выполнена маммогафия, по результатам которой установлено, что на границе внутренних квадрантов левой молочной железы определяется тень округлой формы 1,3см в диаметре с ободком просветления. Жалоб больная не предъявляет. При осмотре: молочные железы симметричные, соски не втянуты. При пальпации на границе внутренних квадрантов левой молочной железы определяется опухоль около 1,5см в диаметре мягко-эластической консистенции, правильной округлой формы, смещаемое, безболезненное. Регионарные лимфоузлы не пальпируются.
Вопросы:
Ваш диагноз?
Дальнейшая тактика обследования?
Дальнейшая тактика лечения?
Эталон ответа:
Солитарная киста левой молочной железы.
Пункционная биопсия образования левой молочной железы.
При подтверждении диагноза показана секторальная резекция левой молочной железы.

Задание 35.
Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на отек, болезненность левой молочной железы. Жалобы возникли две недели назад, симптоматика постепенно нарастала. Температура тела 36,6оС. При осмотре: левая молочная железа больше правой, кожа железы диффузно отечна, гиперемирована. Отмечается повышение локальной температуры. При пальпации умеренная болезненность, диффузное уплотнение за счет отека. Узловые образования не определяются. В левой подмышечной области определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы, плотной консистенции, безболезненные.
Вопросы:
Сформулируйте и обоснуйте диагноз.
С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
Назовите необходимые дополнительные исследования.
Определите тактику, принципы лечения.
Эталон ответа:
Рак левой молочной железы. Отечно-инфильтративная форма.
Следует дифференцировать с нелактационным маститом.
Необходимо выполнить маммографию, УЗИ молочных желез. При обнаружении узловых образований пункция. При их отсутствии – пункция лимфатических узлов подмышечной области.
При подтверждении диагноза назначается системное лечение (химиотерапия, гормонотерапия). При достижении выраженного лечебного эффекта – возможно выполнение оперативного вмешательства в объеме мастэктомии.

Задание 36.
Женщина 55 лет случайно обнаружила опухоль в правой молочной железе. Менопауза 5 лет. При осмотре: молочные железы больших размеров, кожные покровы не изменены, соски без изменений, выделений из них нет. При пальпации в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется плотное, безболезненное малоподвижное образование размерами 3,0х2,2см.
Вопросы:
Ваш предварительный диагноз?

Дальнейшая тактика обследования?
Дальнейшая тактика лечения?
Эталон ответа:
Рак молочной железы T2NXMX.
Необходимо провести: цитологическое исследование пунктата опухоли, маммографию, УЗИ молочных желез, органов брюшной полости и малого таза, рентгенографию органов грудной клетки для определения отдаленных и регионарных метастазов
В случае, если данных за регионарное и отдалённое метастазирование нет, оперативное лечение с последующей лучевой терапией или химиолучевой терапией.

Задание 37.
В терапевтическое отделение больницы поступил мужчина 50 лет, с жалобами на слабость, кашель с небольшим количеством мокроты, повышение температуры до 37,5^{o}C. В анамнезе частые простудные заболевания. Курит. При рентгенологическом исследовании легких обнаружено затемнение в прикорневой зоне правого лёгкого и понижение воздушности средней доли.
Вопросы:
О каком заболевании нужно подумать?
Какой рентгенологический признак является основным для Вашей диагностической версии?
Какой минимальный объём исследований необходимо выполнить для уточнения диагноза при подтверждении Вашей диагностической версии?
При обследовании данных за отдалённые метастазы не выявлено, стадия заболевания IIа, какое лечение показано пациенту?
Эталон ответа:
Центральный рак легкого.
Понижение воздушности средней доли правого лёгкого
Цитологическое исследование мокроты, бронхоскопия с биопсией
Комбинированноелечение

Задание 38.
Вы работаете врачом в терапевтическом стационаре. К Вам поступил больной с клиникой обострения хронического бронхита, с жалобами на субфебрильную температуру и постоянный сухой кашель с незначительным количеством мокроты. При рентгенографии лёгких в 2-х проекциях данных за злокачественный процесс не выявлено. Однако, несмотря на проводимое лечение, состояние пациента не улучшается, сохраняется температура и в мокроте появились прожилки крови.
Вопросы:
Какое заболевание можно заподозрить в данном случае?
Укажите основные «настораживающие» симптомы, подтверждающие Вашу версию диагноза.
Какие исследования необходимо провести в первую очередь?
Эталон ответа:
Наличие в анамнезе хронического заболевания бронхов, посьтоянный сухой кашель, наличие кровохарканья
Цитологическое исследование мокроты, бронхоскопию с биопсией, рентгеновскую компьютерную томографию лёгких

Задание 39.
К невропатологу на прием обратилась женщина 57 лет с жалобами на боль в правом плече. Считает себя больной в течение месяца. Начало заболевания связывает с резким переохлаждением. Врач поставил диагноз плексит и назначил физиотерапевтическое

лечение. Состояние больной ухудшилось, появилась температура. Через несколько дней врач диагностировал наличие триады Горнера. Несмотря на это он продолжил лечение.
Вопросы:
Какое заболевание можно предположить в данном случае?
Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
Что включает и на что в данной ситуации указывает синдром Горнера?
Проанализируйте действия врача невропатолога.
Эталон ответа:
Рак верхушки правого лёгкого (рак Панкоста)
Рентгенографию лёгких в 2-х проекциях, РКТ органов грудной клетки
Невропатолог назначил лечение без предварительного рентгенологического обследования, в результате физиотерапевтические процедуры привели к быстрому прогрессированию заболевания. Причиной этого явилась недостаточная степень «онконастороженности» врача.

Задание 40.
Больной 56 лет, длительное время работал на стекольном производстве, курильщик. Наблюдается у терапевта по поводу хронического бронхита, ежегодно выполняется только флюорография. После очередного посещения врача через два месяца в мокроте появились прожилки крови, лечился самостоятельно. Состояние ухудшилось, появилась температура, слабость, резко похудел. При обращении к врачу выполнено рентгенологическое исследование легких и выявлен ателектаз нижней доли правого лёгкогодоли.
Вопросы:
Какое заболевание можно предположить в данном случае?
Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза?
Проанализируйте действия врача.
Эталон ответа:
Центральный рак легкого.
Эндобронхоскопическое исследование с биопсией
В данном наблюдении ошибка врача состояла в том, что ни разу не было выполнено рентгенологическое и бронхоскопическое исследование легких, хотя пациент принадлежит к группе риска.

Задание 41.
Больному 61 год. 3 года назад по поводу центрального рака легкого T1N0M0 выполнена лобэктомия. Гистологическое заключение – мелкоклеточный рак. От дальнейшего лечения отказался. В настоящее время предъявляет жалобы на головные боли.
Вопросы:
Какое лечение должно было проводиться у данного пациента после операции?
Какую патологию можно предполагать в данном случае?
Какие методы диагностики помогут установить правильный диагноз?
Эталон ответа:
С учётом гистологического заключения, пациенту было показано проведение курсов адьювантной полихимиотерапии
В данном наблюдении нельзя исключить метастазы в головной мозг
Необходимо выполнить РКТ органов грудной полости, средостения, головного мозга.

Задание 42.
Больной 55 лет длительное время лечился у хирурга по поводу трофической язвы голени. Эффекта от консервативного лечения не было, за последние 6 месяцев размены язвы увеличивались. При осмотре во время очередного посещения врача: на коже передней

поверхности голени трофическая язва, в нижнем углу которой на участке размерами 5х4х3см ткани уплотнены, инфильтрированы, возвышаются над остальной поверхностью язвы, грануляции отсутствуют, на поверхности пленки фибрина. Регионарные лимфоузлы не пальпируются. Врач рекомендовал продолжить консервативное лечение.
Вопросы:
Какое заболевание можно заподозрить в данном случае?
Какое исследование необходимо выполнить?
Проанализируйте тактику врача.
Какое лечение необходимо?
Эталон ответа:
Учитывая анамнез, клиническую картину, отсутствие эффекта от консервативного лечения в течение нескольких лет необходимо заподозрить плоскоклеточный рак кожи
Необходимо выполнить цитологическое исследование с поверхности язвы.
В действиях врача отсутствует онконастороженность, что может привести к прогрессированию заболевания и генерализации опухолевого процесса.
Комбинированное

Задание 43.
К врачу дерматологу обратилась пациентка 14 лет с жалобами на наличие пигментной опухоли на коже левого бедра. Из анамнеза: данное образование существует с рождения, увеличивалось параллельно с ростом больной. В период начала менструаций заметила быстрое его увеличение, а за три месяца до обращения к врачу отметила изменение цвета и легкую ранимость. При осмотре: на коже имеется пигментная опухоль размерами 3,0х2,0х1,0см, с бугристой поверхностью, темно-коричневого цвета. Врач направил больную к онкологу.
Вопросы:
О каком заболевании можно подумать?
Укажите факторы риска
Укажите симптомы активизации невуса.
Какой метод лечения будет основным?
Эталон ответа:
Меланома кожи.
К факторам риска относится: активизация врожденного образования в период полового созревания.
Симптомы активизации – рост опухоли, изменение её цвета.
Хирургическое

Задание 44.
К хирургу обратился пациент 23 лет с жалобами на наличие опухоли в подмышечной области слева. При осмотре: в подмышечной области имеется плотный конгломерат, кожа над ним гиперемирована, истончена. Врач, на основании этих данных, поставил диагноз лимфаденит и произвел вскрытие. При этом гноя получено не было, а в дне раны выявлены рыхлые, незначительно кровоточащие массы черного цвета. Несмотря на это, «гнойник» был дренирован и назначено противовоспалительное лечение.
Вопросы:
О каком заболевании может идти речь в данном наблюдении?
Назовите основные ошибки врача – хирурга.
Варианты ответов:
Меланома, метастатическая форма.
В данной ситуации врач не собрал анамнез, не полностью осмотрел больного, не выполнил пункционную биопсию. Даже при отсутствии гноя и наличии бесструктурных

масс черного цвета не заподозрил метастаз меланомы. Необходимо было направить больного к онкологу.

Задание 45.
У мальчика 14 лет на коже имеется множество пигментных образований. Со слов матери они как врожденные, так и появившиеся в течение последнего года. Три образования на передней брюшной стенке быстро увеличились в размере, потемнели. При осмотре дерматологом были обнаружено, что они находятся в области постоянного раздражения поясным ремнем. Врач порекомендовал наблюдение.
Вопросы:
С какими факторами связано увеличение количества пигментных образований?
Какую тактику рекомендовали бы Вы?
Эталон ответа:
С периодом полового созревания
Учитывая период полового созревания, активизацию трех опухолей и постоянную их травматизацию, необходимо удалить три пигментных опухоли в условиях онкологического учреждения с морфологической верификацией. За остальными пигментными образованиями необходимо рекомендовать динамическое наблюдение онколога.

Задание 46.
Девочка 15 лет, обнаружила опухоль в области шеи слева. Врач не выявил у пациентки болезненных симптомов и какого - либо специфического заболевания, но обратил внимание на наличие увеличенного шейного лимфатического узла кзади от кивательной мышцы размером 3х2 см, эластичного, умеренно подвижного, фиксированного к коже. При пункционной биопсии выявлены клетки Рида-Штенбергера.
Вопросы:
Дайте определение заболевания.
Каков следующий этап диагностического процесса?
При обследовании увеличения других групп лимфатических узлов, печени и селезёнки не выявлено. Определите стадию заболевания.
Каким должно быть лечение?
Эталон ответа:
Лимфогранулематоз
ОАК, ОАМ, Б/Х анализ крови, РКТ шеи, грудной клетки и брюшной полости
IA стадия
Химиотерапия с последующим курсом лучевой терапии на очаг первичного поражения

Задание 47.
Больной 62 лет, поступил с жалобами на лихорадку, ночные поты, потерю в весе, зуд. Болен в течение 3 лет. При осмотре: пальпируются увеличенные, подвижные, не спаянные с кожей, плотно-эластические лимфоузлы, в шейно-надключичной области справа сливающиеся между собой в конгломераты. Легкие и сердце без особенностей. Печень у реберной дуги. Селезенка выступает на 3 см из- под реберной дуги. Анализ крови: Нв 100, лейк. 3,2, Эоз. 11%, п/я 4%, с/я 62%, лимф 14%, мон. 6, тромб. 20,0, СОЭ 20.
Вопросы:
Наиболее вероятная причина лимфопролиферативного синдрома с учетом анализа крови?
Что ожидается в биоптате лимфоузла?
Какое лечение должно быть назначено?
Эталон ответа:
Лимфогранулематоз.
Клетки Березовского-Штернберга

Химиотерапия с последующим курсом лучевой терапии на очаг первичного поражения

Задание 48.
Мальчик Н., 3 лет, поступил с жалобами на наличие опухолевидного образования в брюшной полости. Месяц назад мать ребенка случайно, при купании, заметила наличие опухолевидного образования в левой половине живота. При поступлении состояние средней тяжести. Кожные покровы чистые, бледные. Дыхание проводится с обеих сторон. Живот при осмотре асимметричен: левая половина выбухает, при пальпации определяется опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, бугристое, малоподвижное, исходящее из левого подреберья, безболезненное. Стул и мочеиспускание не нарушены. ОАК: Эритроциты – $2{,}9x10^{12}$/л, гемоглобин 109 г/л, СОЭ 50 мм/час, лейкоциты $9{,}0x10^{9}$/л ОАМ: соломенно-желтая, прозрачна, удельный вес 1019, белок - муть, лейкоциты 0-1-1 в п/зр., эритроциты 10-11-12 в п/зр. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определяется гомогенное затемнение занимающее левую половину, петли кишечника смещены вправо.
Вопросы:
Назовите основные симптомы, выделите ведущий.
Ваш предварительный диагноз.
Какие дополнительные методы исследования необходимо использовать для постановки диагноза?
Каким образом можно верифицировать диагноз?
Какое лечение должно быть проведено?
Эталон ответа:
Асимметрия живота, анемия, ускорение СОЭ, микрогематурия, наличие на обзорной рентгенограмме органов брюшной полости гомогенного затемнения левой половины живота, ведущий симптом - наличие пальпируемого образования в животе.
Злокачественная опухоль брюшной полости, забрюшинного пространства.
Ультразвуковое сканирование органов брюшной полости, забрюшинного пространства, экскреторная урография
Чрескожная биопсия опухоли с гистологическим исследованием
Комбинированное

Задание 49.
Родители ребенка Ч. 5месяцев обратились с жалобами на наличие у девочки опухоли левой боковой области шеи. Небольших размеров опухолевое образование на шее родители обнаружили 2 месяца назад. Ребенок осмотрен педиатром, установлен диагноз: лимфаденопатия шейных лимфатических узлов, назначена противовоспалительная и десенсибилизирующая терапия. Через 1 месяц размеры опухоли увеличились втрое, консультирована детским хирургом, которым выполнена тонкоигольная аспирационная биопсия. Результаты цитологического исследования: комплексы мелких круглых клеток, возможно лимфоцитарная пролиферация. По поводу подострого простого шейного лимфаденита назначена антибиотикотерапия, не имевшая эффекта. Объективно: ребенок развит соответственно возрасту, активен, удовлетворительного питания. Кожные покровы чистые. Подкожная жировая клетчатка выражена хорошо, периферические лимфатические узлы не увеличены. Физикальное исследование внутренних органов патологии не выявило. В левой боковой области шеи пальпируется уходящая под кивательную мышцу плотно-эластической консистенции с четкими контурами ограниченно подвижная не прорастающая кожу безболезненная опухоль размерами 5х3 см. УЗИ показало наличие опухоли мягких тканей, состоящей из двух узлов, сливающихся друг с другом, неоднородной структуры с участками кальцификации, слабо-интенсивным интранодулярным кровотоком, прилегающей к сосудисто-нервному пучку, но не прорастающей его структуры.

Вопросы:
Какие из представленных результатов исследования позволяют заподозрить нейробластому?
Определите минимум диагностических исследований для подтверждения диагноза и установления стадии опухолевого процесса?
Какова тактика лечения ребенка при отсутствии данных о наличии отдаленных метастазов?
Эталон ответа:
Наличие мелких круглых клеток по результатам цитологического исследования, наличие вкраплений кальция в опухолевой ткани по данным УЗИ.
РКТ органов грудной полости, УЗИ органов брюшной полости и за брюшинного пространства, пересмотр цитологических препаратов и/или повторная аспирационная биопсия опухоли, исследование уровня сывороточных катехоламинов, исследование костномозгового пунктата и трепанобиопсия подвздошных костей.
Первым этапом лечения показано радикальное удаление опухоли.

Задание 50.
У ребенка Я., 4-х лет, в течение нескольких месяцев резко снизилось зрение левого глаза. Родители обратили внимание на широкий «светящийся» зрачок этого глаза. Боли ребенка не беспокоят. При осмотре объективно. Острота зрения правого глаза = 1.0. Глаз здоров. Острота зрения левого глаза = 1/∞ p.l.inc. Придаточный аппарат глаза не изменен. Глаз спокойный. Передний отрезок без видимых изменений. Зрачок круглый, расширен, на свет практически не реагирует. Оптические среды прозрачные. Офтальмоскопически на глазном дне видно проминирующее желтовато-золотистое бугристое образование.
Вопросы:
Назовите Ваш предположительный диагноз.
Определите необходимые дополнительные исследования
Определите основные направления лечения.
Эталон ответа:
Предположительный диагноз – ретинобластома левого глаза.
Выполняют офтальмоскопию с максимально расширенным зрачком. Ультразвуковое сканирование дополняет диагностику ретинобластомы, позволяет определить ее размеры, подтвердить или исключить наличие кальцификатов. Рентгеновская компьютерная томография орбит и головного мозга (или МРТ) показана детям старше 1 года жизни. Лечение – криодеструкция, лазеркоагуляция и лучевая терапия. При распространённых формах лечение дополняют полихимиотерапией. В тяжелых случаях – энуклеация.

Задание 51.
Ребёнку 3 года. Жалобы на наличие опухолевидного образования в животе. Из анамнеза известно, что около месяца назад мать заметила изменения в поведении ребёнка: он стал вялым, адинамичным, у него снизился аппетит, периодически отмечались боли в животе, субфебрильная температура. Ребёнок второй в семье, рос и развивался по возрасту. Прививки сделаны соответственно возрастной схеме. Аллергологический анамнез не отягощен. Семейные анамнез: родители здоровы, у бабушки был рак яичника. При осмотре: выраженная бледность кожных покровов, тёмные круги вокруг глаз. Сердечные тоны ясные, ритмичные, ЧСС 96 в минуту, АД 100/60мм рт.ст. Живот увеличен в размерах, деформирован за счёт опухолевидного образования в левой половине живота, на брюшной стенке умеренно выражена венозная сеть. При пальпации опухоль имеет плотную консистенцию, крупнобугристую поверхность, размеры 10,0х15,0см, безболезненна, малоподвижна. Общий анализ крови: Hb 108г/л, эритроциты 3,6.1012/л, цв. Показатель 0,8; лейкоциты 6,9.109/л; п/я 3%; с/я 63%; э 5%; лимфоциты 21%; моноциты 8%; СОЭ 56мм/час. Общий анализ мочи: цвет соломенно-жёлтый, прозрачная; pH 6,5,

уд.вес 1018, лейкоциты 4-6 в п/з, эритроциты 2-4 в п/з, белок отрицательный, сахар отрицательный. Биохимический анализ: общий белок 56г/л, АсАТ 0,13ед., АлАТ 0,15ед., амилаза 32ед/л., тимоловая проба 3ед., проба Вельтмана 6 пр., билирубин 8мкмоль/л; С-реактивный белок отрицательный, мочевина 6,5ммоль/л. Экскреторная урография: выполняется неизменённая полостная система правой почки, мочеточник имеет цистоидное строение, опорожнение удовлетворительное. Слева полостная система почки не контрастируется. Обзорная рентгенография легких – без патологии.

Вопросы:

Поставьте диагноз и обоснуйте.

Какие дополнительные методы исследования необходимы для уточнения диагноза?

Предложите план лечения

Эталон ответа:

Опухоль левой почки (нефробластома, опухоль Вильмса). Основан на данных жалоб, анамнеза, объективного обследования, экскреторной урографии.

Дополнительные методы исследования: УЗИ органов брюшной полости, нефросцинтиграфия, абдоминальная ангиография, компьютерная томографию и МРТ брюшной полости и забрюшинного пространства, пункционная биопсия.

План лечения: предоперационная химиотерапия, операция, послеоперационная химиотерапия;

Задание 52.

Пациент 14 лет после травмы передней поверхности правой голени отмечает болезненную припухлость в месте ушиба. В связи с ростом опухоли через 2 месяца он обратился к хирургу поликлиники, который назначил компрессы и УВЧ. Опухоль продолжала увеличиваться. Был направлен в детский хирургический стационар, где трижды производилось вскрытие нагноившейся гематомы, гной не получен. Объективно: утолщение средней трети левой голени. Кожа над ним синюшно-багрового цвета с изъязвлением 4 × 2 см. В мягких тканях определяется уплотнение размером 8 × 6 см, без четких границ. Паховые лимфатические узлы не увеличены. Пациент пониженного питания, кожные покровы бледной окраски.

Вопросы:

Предположительный диагноз.

Какие ошибки допущены на предыдущих этапах обследования и лечения пациента?

Какие методы диагностики следует применить для уточнения диагноза и степени распространения опухолевого процесса?

4. Определите возможную лечебную тактику.

Эталон ответа:

Саркома мягких тканей правой голени

Хирург поликлиники назначил физиолечение, несмотря на то, что имелись данные об опухоли голени и её прогрессивном увеличении, хирурги стационара 3 раза выполняли хирургическое пособие (ошибочно), но при этом не была выполнена биопсия.

Рентгеновская компьютерная томография правой нижней конечности и органов грудной клетки, УЗИ брюшной полости, цитологическое исследование мазков-отпечатков с поверхности изъязвления, биопсия опухоли с гистологическим исследованием.

Пациенту с учётом локализации и размеров опухоли показано проведение комбинированного лечения, в зависимости от послеоперационного гистологического заключения с включением лучевой и химиотерапиитерапии

Задание 53.

В поликлинику обратился больной с жалобами на слабость, похудание, боли в эпигастральной области. Считает себя больным около 10 лет. В последнее время состояние ухудшилось. Врач назначил эндоскопическое исследование, при котором

выявлена каллезная язва малой кривизны желудка. Биопсия не была взята. После курса консервативной терапии в течение 6 недель состояние ухудшилось, появился асцит, при повторной ФГДС язва по малой кривизне увеличилась в размерах, при биопсии получен ответ перстневидноклеточный рак, при УЗИ печени – признаки множественного очагового поражения печени.
Вопросы:
О каком заболевании должен был подумать врач при обращении пациента?
Какова была ошибка при первой гастроскопии?
Какая стадия заболевания?
Каким должно быть лечение?
Эталон ответа:
Нужно было заподозрить рак желудка.
Врач эндоскопист не выполнил биопсию и поставил диагноз на основании визуального осмотра.
$T_xN_xM_1$, IV стадия
Если позволяет состояние пациента (ECOG 1-2) паллиативная химиотерапия, при ECOG 3-4 симптоматическое лечение.

Задание 54.
При очередной флюорографии у рабочего цементного завода обнаружили округлое опухолевидное образование в правом легком размерами 2,0х1,5см Участковый врач рекомендовал наблюдение и контрольное рентгенологическое обследование через год.
Вопросы:
Прав ли врач?
Какое заболевание он должен был заподозрить?
К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента?
Предложите план обследования
Какие виды биопсии можно использовать для морфологического подтверждения диагноза?
Какое лечение показано?
Эталон ответа:
Нет.
Периферический рак легкого
IA
Рентгенография лёгких в 2-х проекциях, РКТ органов грудной клетки, УЗИ или РКТ брюшной полости, бронхоскопия, биопсия опухоли.
Пункционная биопсия под контролем РКТ, трансбронхиальная при эндоскопии, видеоторакоскопия с биопсией, диагностическая торакотомия.
Любое очаговое образование в лёгких подлежит хирургическому лечению. В случае подтверждения диагноза рак лёгкого – лобэктомия.

Задание 55.
Больной 53 лет. В течение полугода появились жалобы на запоры; отмечает периодические боли в животе, вздутие. К врачу ранее никогда не обращался.
Вопросы:
О каком заболевании необходимо думать?
К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента?
Какова последовательность диагностических мероприятий.
Какой метод лечения при подтверждении Вашей диагностической версии будет являться основным?
Какая хирургическая операция должна быть выполнена?
Эталон ответа:

Рак левой половины толстой кишки.
IA
Физикальный осмотр, пальцевое ректальное исследование, ректороманоскопия, ирригоскопия, колоноскопия с морфологическим исследованием биоптата, УЗИ органов брюшной полости и малого таза
Хирургический
В зависимости от локализации левосторонняя гемиколэктомия или резекция сигмовидной кишки.

Задание 56.
Во время профилактического осмотра при пальцевом исследовании прямой кишки у мужчины 56 лет обнаружена небольшая опухоль на широкой ножке, на расстоянии 4 см от сфинктера. При ректоскопии поставлен диагноз – полип прямой кишки III типа. Выполнено его эндоскопическое удаление.
Вопросы:
К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента?
Правильную ли тактику применили у данного больного?
Достаточный ли объём операции?
Эталон ответа:
IБ
Необходимо было верифицировать заболевание при ректоскопии, а затем определить тактику лечения.
При подтверждении диагноза полипа объем достаточен. В случае рака прямой кишки объём лечения будет зависеть от гистологического заключения, предпочтение необходимо отдавать органосохранным методам

Задание 57.
К эндокринологу обратилась женщина 34 лет с жалобами на увеличение щитовидной железы. При УЗИ обнаружен узел в правой доле, полностью ее занимающий. Врач рекомендовал гормональное лечение и наблюдение.
Вопросы:
Проанализируйте тактику врача.
Какое заболевание Вы бы заподозрили?
К какой клинической группе необходимо отнести данного пациента?
Какой метод исследования будет определяющим для постановки диагноза?
Правильно ли выбрано лечение?
Эталон ответа:
Необходимо было перед назначением лечения получить заключение об отсутствии у пациентки ЗНО щитовидной железы
Рак щитовидной железы
IБ
Пункционная биопсия узлового образования в щитовидной железе.
Любое узловое образование в щитовидной железе подлежит оперативному лечению.

Задание 58.
У больного в результате первичного обследования диагностирован местно-распространенный рак желудка с метастазами в печень.
Вопросы:
Какая стадия заболевания?
Какое лечение показано пациенту?
Эталон ответа:
$T_4N_xM_1$, IV стадия

Если позволяет состояние пациента (ECOG 1-2) паллиативная химиотерапия, при ECOG 3-4 симптоматическое лечение.

Задание 59.
У больного в результате первичного обследования диагностирован местно-распространенный рак поджелудочной железы с метастазами в печень.
Вопросы:
Какая стадия заболевания?
Какое лечение показано пациенту?
Эталон ответа:
$T_4N_xM_1$, IV стадия
Если позволяет состояние пациента (ECOG 1-2) паллиативная химиотерапия, при ECOG 3-4 симптоматическое лечение.

Задание 60.
Во время профосмотра у больной 58 лет при УЗИ в левой доле печени выявлено очаговое образование размерами 3х3 см. Общее состояние больной вполне удовлетворительное.
Вопросы:
Перечислите возможные заболевания скрывающиеся под синдромом очагового образования печени.
Какие диагностические мероприятия позволят уточнить диагноз?
Какие варианты возможной тактики лечения в зависимости от установленного диагноза?
Эталон ответа:
Метастаз из другого органа пораженного опухолью, первичная доброкачественная или злокачественная опухоль печени, паразитарная киста.
РКТ с контрастным усилением, МРТ с контрастным усилением, обследование органов метастазирование из которых происходит в печень (желудок, толстая кишка, поджелудочная железа, селезенка). Контроль на опухолевые маркеры. Серологические реакции на паразиты. Инвазивные методы: пункционная биопсия, лапароскопия, лапаротомия.
При метастатическом поражении печени – в ряде случаев возможно выполнение операции радикального объёма на первично пораженном органе и резекция сегмента печени с метастазом. При наличии первичной опухоли печени резекция или сегмента, или доли печени. При паразитарном поражении – резекция сегмента или цистэктомия.

Задание 61.
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 лобной области поверхностное образование 1,5х2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.
Вопросы:
Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
Назовите необходимые дополнительные исследования.
Расскажите о принципах лечения.
Определите Вашу тактику в отношении пациента
Эталон ответа:
С учётом длительного анамнеза заболевания, медленного роста опухоли, характерной макроскопической картины – наличие образования в виде папулы с изъязвлением

(узелково-язвенная форма), отсутствия метастатического поражения лимфатических узлов, можно предположить базальноклеточный рак кожи лба.
Дифференциальная диагностика должна проводиться с другими кожными заболеваниями. Узелково-язвенная форма с кератоакантомой, вследствие очень похожей макроскопической картины. Плоскую поверхностную базалиому необходимо дифференцировать от красной волчанки, красного плоского лишая, себорейного кератоза, болезни Боуэна. Пигментную форму следует дифференцировать с меланомой, склеродермиформную опухоль от склеродермии и псориаза. Необходимо дифференцировать от плоскоклеточного рака кожи.
Дерматоскопия для получения более чёткой макроскопической картины опухоли, соскоб с поверхности опухоли с цитологическим исследованием.
Основным методом лечения базалиомы является хирургический. Необходимо иссечь опухоль, отступая 5 мм от видимого края. При сложностях, обусловленных, главным образом, локализацией опухоли (лицо, спинка носа, веки и пр.) альтернативой может быть криодеструкция, лазерная деструкция, фотодинамическая терапия. Лучевое лечение (короткофокусная рентгеновская или ДГТ) применяется в составе комбинированного лечения при запущенных формах заболевания, а также в адьювантном режиме для профилактики рецидивов
С учетом локализации и размеров процесса и возможности одномоментного иссечения опухоли, а также наличия изъязвления, которое является относительным противопоказанием к проведению лучевого лечения, больному может быть предложено хирургическое лечение.

Задание 62.
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 плотно-эластическую консистенцию. Безболезненны.
Вопросы:
Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
Назовите необходимые дополнительные исследования.
Определите Вашу тактику в отношении пациента
Эталон ответа:
У больной вероятно плоскоклеточная карцинома кожи правого плеча с метастазами в подмышечные лимфатические узлы. На это указывают данные анамнеза, говорящие о медленном росте опухоли, его появление на фоне кожного послеожогового рубца, наличие увеличенных регионарных лимфоузлов похожих на метастатические
Соскоб с поверхности опухоли, УЗИ подмышечных, шейных и надключичных лимфоузлов, пункционная биопсия увеличенных подмышечных лимфоузлов с цитологическим и гистологическим исследованием. УЗИ брюшной полости, рентгенография ОГК.
Учитывая, что у больной имеет место 3 стадия плоскоклеточного рака кожи, T2N2M0, лечение должно быть комбинированным. Пациенту необходимо провести хирургическое лечение в виде иссечения опухоли кожи правого плеча и правосторонней подмышечной лимфаденэктомии. После заживления кожной раны показано проведение адьювантной лучевой терапии.

Задание 63.
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 образование с детства, однако за последние полгода отметил увеличение его в размере, изменение формы.
Вопросы:
Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
Назовите необходимые дополнительные исследования.
Расскажите о принципах лечения заболевания у данного пациента.
Эталон ответа:
Учитывая наличие пигментного образования на коже передней поверхности левой голени, увеличение его в размере и изменение формы за последние 6 месяцев, можно предположить, что у больного меланома кожи левой голени с возможными метастазами в паховые лимфатические узлы слева.
Дерматоскопия, УЗИ регионарных лимфатических узлов, брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки, пункционная биопсия паховых лимфоузлов.
Предоперационная биопсия первичной опухоли с помощью иглы или частичного удаления противопоказана, во избежание распространения меланомы. Для выявления отдалённых метастазов показано выполнение рентгеновской компьютерной томографии, МРТ и ПЭТ – КТ. Для выявления возможных метастазов в кости может быть выполнена сцинтиграфия с изотопом фосфора.
При отсутствии отдаленных метастазов показано иссечение меланомы кожи левой голени, операция Дюкена слева (паховая лимфаденэктомия). Дополнительное лечение может включать иммунотерапию, химиотерапию с включением в схему лечения таргетных препаратов

Задание 64.
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, плотно-эластичной консистенции.
Вопросы:
Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз.
Назовите необходимые дополнительные исследования.
Определите Вашу тактику в отношении пациента,
Какие ошибки были допущены на этапах лечения
Эталон ответа:
На основании появления рецидива пигментного образования через короткое время после его удаления, а также появления плотных увеличенных регионарных лимфатических узлов можно думать, что у больного имеется злокачественное пигментное образование - меланома кожи правого предплечья, рецидив после нерадикальной операции и метастазы в подмышечные лимфоузлы справа.
УЗИ региональных лимфоузлов (включая под- и надключичные, а также лопаточные), УЗИ органов брюшной полости для исключения метастатического поражения печени, рентгенография органов грудной клетки для исключения метастатического поражения лёгких, пункционная биопсия регионарных лимфоузлов.
При отсутствии отдаленных метастазов показано широкое иссечение рецидива опухоли вместе с послеоперационным рубцом, в сочетании с подмышечной лимфаденэктомией справа. После операции с учётом высокой вероятности наличия отдалённых метастазов

показано проведение системной химио- и иммунотерапии с возможным использованием таргетных препаратов после иммуногистохимического исследования.
Основная ошибка – удаление пигментного образования кожи вне медицинского учреждения. Это привело к 1) недостаточному радикализму вмешательства, так как в косметических салонах удаление образований на коже не подразумевает их широкого иссечения вместе с подкожной клетчаткой до апоневроза, так как при этом неизбежно возникают грубые косметически заметные рубцы 2) отсутствию своевременной диагностики злокачественного заболевания вследствие не выполнения морфологического исследования

Задание 65.
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.
Вопросы:
Ваш диагноз?
С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальный диагноз?
Назначьте план обследования
При обследовании пациентки данных за регионарное и отдалённое метастазирование не получено. При гистологическом исследовании получено заключение: меланома. Назовите основные принципы лечения.
Определите Вашу тактику в отношении пациентки.
Эталон ответа:
В данном случае необходимо в первую очередь предполагать меланому кожи с учётом изменений цвета, формы и размеров длительно существующего пигментного невуса. Подозрительным в отношении меланомы является также наличие участков разного цвета и отсутствие волосяного покрова.
В первую очередь с пигментными невусами кожи, а также с другими злокачественными образованиями, например пигментированной базальноклеточной карциномой. Любого вида невусы могут имитировать опухоль, так как, врожденные невусы часто имеют ассиметричную форму и большой размер.
Необходимо проведение УЗИ подмышечных, над-, подключичных, паховых лимфатических узлов, УЗИ органов брюшной полости для исключения метастатического поражения печени, рентгенография органов грудной клетки для исключения метастатического поражения лёгких. В случае отсутствия признаков их поражения, а также отсутствия данных за отдаленное метастазирование необходимо провести широкое хирургическое иссечение участка кожи с пигментным образованием. Материал должен быть обязательно направлен на срочное гистологическое исследование.
Основной метод лечения начальной меланомы — хирургическое удаление. Как для первичной опухоли, так и для лечения рецидивов выполняется футлярно-фасциальное иссечение опухоли. Опухоль удаляют вместе с прилежащим участком внешне неизмененной кожи — в зависимости от стадии на расстоянии до 2 - 3 см, подкожной жировой клетчаткой до апоневроза или фасции подлежащей мышцы (в том числе и в ряде случаев с её удалением) с последующей пластикой. При метастатическом поражении лимфоузлов проводится их удаление. Окончательный диагноз меланомы может быть установлен после гистологического исследования, проведённого после тотального удаления опухоли с достаточным захватом здоровых тканей. Определяется глубина прорастания по Clark, и Breslow и митотический индекс. Лучевая терапия — суммарная очаговая доза — 40 - 45 ГР. Химиотерапия применяется при генерализации процесса, может быть дополнена иммунотерапией и использованием таргетных препаратов

Данному пациенту необходимо выполнить хирургическое удаление опухоли. Так как не выявлено метастатического поражения регионарных лимфатических узлов, то можно ограничиться удалением опухоли вместе с прилежащим участком внешне неизмененной кожи на расстоянии до 2 - 3 см, подкожной жировой клетчаткой до апоневроза или фасции подлежащей мышцы. Окончательно тактика лечения будет определена в зависимости от окончательного гистологического заключения о глубине инвазии по Кларку и Бреслоу.

Задание 66

У мужчины 59 лет, в течение 2-х месяцев отмечается желтуха, снижение аппетита, похудел на 15 кг. При обследовании выявлена увеличенная печень, пальпируется малоподвижное образование в эпигастральной области справа над пупком. В течение последних 2 недель отмечает рвоту с примесью крови, носовые кровотечения, появление кровоизлияний на туловище.

Вопросы:

Назовите предполагаемый диагноз.

Какие исследования необходимо дополнительно выполнить для уточнения диагноза

У больного при обследовании подтверждён диагноз опухоли головки поджелудочной железы с синдромом механической желтухи. Какой объём хирургического вмешательства будет оптимальным на этом этапе?

Эталон ответа:

Скорее всего у больного опухоль головки поджелудочной железы со сдавлением общего желчного протока и развитием синдрома механической желтухи, а также возможным развитием дуоденального стеноза

УЗИ брюшной полости для определения локализации опухоли, характера желтухи (при механической желтухе определяется расширение жёлчных протоков), рентгеноскопия желудка для оценки наличия дуоденального стеноза, фиброгастродуоденоскопия для оценки состояния слизистой оболочки и возможной биопсии опухоли, общий и биохимический анализ крови, коагулограмма.

Необходимо в первую очередь обеспечить ликвидацию желтухи, как наиболее опасного для жизни состояния. Оптимальным будет выполнение миниинвазивной хирургической операции дренирования жёлчных протоков. Она может быть антеградной – чрескожная чреспечёночная холангиостомия под рентгеновским и УЗИ контролем, или ретроградной - эндоскопическая ретроградная холангиостомия. Менее предпочтительны способы, предполагающие лапароскопические или открытые хирургические вмешательства – формирование холецистостомы, холедохостомы, обходного билеодигестивного анастомоза вследствие повышенного риска геморрагических осложнений.

Задание 67

Больной А. 56 лет. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7кг. 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 эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при инструментальной «пальпации», инфильтрация распространяется на луковицу 12п.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 4х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное

образование, размерами 4х4 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл.

Вопросы:

Назовите предполагаемый диагноз.

Каковы предполагаемые варианты лечения.

Эталон ответа:

У больного запущенный рак головки поджелудочной железы с метастатическим поражением печени T4N1M1.

Радикальное хирургическое лечение невозможно. Показано выполнение операции внутреннего дренирования жёлчных протоков (возможно стентирование жёлчных протоков) и в связи с наличием прорастания опухоли в 12-ти перстную кишку формирование обходного гастроэнтероанастомоза. Возможно выполнение высокочастотной термоабляции метастаза в печень. После операции показано проведение паллиативной многокурсовой химиотерапии

Задание 68.

Больной С. 60 лет. Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, желтушности кожи. За последние 4 месяца похудел на 5 кг. В анамнезе гепатит В. Объективно: кожные покровы желтые, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, край печени выступает на 4 см из под рёберной дуги. По данным ультразвукового исследования брюшной полости на границе 4 и 5 сегментов печени определяется объемное образование размерами 4х5 см в диаметре с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные до 2,5 - 3,0 см лимфатические узлы, асцит.

Вопросы:

Какие исследования необходимо выполнить для уточнения диагноза заболевания?

При обследовании больного данных за наличие других опухолей не получено. Уровень маркера АФП равен 700 нг\мл. Гистологическое заключение после пункционной биопсии: на фоне предцирротических изменений определяется гепатоцеллюлярный рак. Сформулируйте диагноз и стадию заболевания.

Консилиумом онкодиспансера принято решение о проведении консервативной терапии. Какими факторами оно обусловлено?

Какой метод лечения будет наиболее перспективным у данного больного?

Определите возможности лекарственной терапии

Эталон ответа:

У больного на фоне перенесенного гепатита В в печени определяется опухоль, с учётом поражения лимфоузлов и наличия асцита, скорее всего злокачественного характера. Задача диагностического поиска определить первичный (рак печени) или вторичный (метастатический рак) характер поражения. Необходимо выполнить рентгеновскую компьютерную томографию органов грудной клетки и брюшной полости, фиброгастродуоденоскопию, ирригоскопию или фиброколоноскопию, провести определение в крови уровня альфа-фетопротеина, а также пункционную биопсию опухоли в печени под УЗИ контролем.

На основании данных гистологического исследования, подтверждёнными высоким уровнем альфа-фетопротеина (на фоне цирроза более 400 нг\мл) у больного можно поставить диагноз: Рак печени. Размер опухоли более 2 см, соответствует критерию T3. Метастатическое поражение лимфоузлов ворот печени соответствует критерию N1. Отдалённые метастазы отсутствуют – критерий M0. Таким образом, у больного стадия заболевания IIIB.

Хирургическое лечение при имеющихся размерах и локализации опухоли в печени предусматривает выполнение правосторонней гемигепатэктомии с удалением 70% органа. Наличие желтухи, асцита и признаки цирроза печени в этом случае являются противопоказанием к операции.

Гепатоцеллюлярный рак – опухоль устойчивая к терапии цитостатиками, лучевая терапия крайне рискованна и используется редко. Основным методом лечения рака печени у данного больного может быть локорегионарная терапия путём трансартериальной химиоэмболизации. Этот метод применяется в 1 линии паллиативного лечения рака печени.
Единственным препаратом, достоверно увеличивающим продолжительность жизни при гепатоцеллюлярном раке является сорафениб (нексавар), до 800 мг/сут. постоянно, терапия цитостатиками эффективна не более чем у 20% больных. При вирусном гепатите В лечение должно проводиться на фоне использования противирусных препаратов.

Задание 69.
Больная 63 лет обратилась с жалобами на желтуху, боли в подложечной области, слабость, похудание, отсутствие аппетита, кожный зуд. В течение 12 лет страдает желчекаменной болезнью, хроническим холециститом с периодическими обострениями, проявляющимися приступами болей в правом подреберье. От предложенной операции отказывалась. В последние 6 месяцев появилась боль в подложечной области, слабость, отметила потерю массы тела на 5 кг. Месяц назад появилась желтуха. В течение всего этого периода приступов боли не отмечала. Стул – ахоличный. При обследовании: интенсивная желтушность кожных покровов и склер, живот мягкий, печень уплотнена, выступает из-под края реберной дуги на 6 см, край её острый. Определяется умеренная пальпаторная болезненность в эпигастрии и проекции желчного пузыря, который не пальпируется.
Вопросы:
Какой предварительный диагноз можно поставить?
С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальный диагноз?
Какое предварительное обследование следует предпринять?
При УЗИ брюшной полости выявлено гипоэхогенное образование размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, резко выраженное расширение внепечёночных желчных протоков, в крови гипербилирубинемия до 450 мкмоль/л. При ФГДС желчь в 12-ти перстную кишку не поступает. Определите тактику лечения у данной больной.
Какие исследования необходимо выполнить для определения дальнейшей тактики лечения?
Эталон ответа:
Постепенное начало заболевания у пациентки старше 60 лет, боли в подложечной области, слабость, похудание, отсутствие аппетита, появление желтухи свидетельствует о большой вероятности злокачественной опухоли органов билиопанкреатодуоденальной зону, скорее всего рака головки поджелудочной железы.
В связи с наличием синдрома желтухи, в первую очередь необходимо дифференцировать с желчекаменной болезнью и холедохолитиазом, хроническими заболеваниями поджелудочной железы, инфекционным гепатитом.
При обследовании в первую очередь необходимо установить характер желтухи – паренхиматозная или механическая, так как это имеет определяющее значение для определения тактики лечения. В крови необходимо определить уровень билирубина, трансаминаз, щелочной фосфотазы. Из инструментальных методов обследование необходимо начинать с УЗИ, которое является скрининг методом. Обязательным исследованием является ФГДС, при котором могут быть выявлены опухоли билиопанкоеатодуоденальной зоны других локализаций, выполнена биопсия, подтверждён механический характер желтухи.
Необходимо выполнение хирургического вмешательства для ликвидации синдрома механической желтухи, как наиболее угрожающего жизни пациентки. Оптимальным будет выполнение малоинвазивной операции: или антеградной чрескожной

чреспечёночной холангиостомии под УЗИ и рентген- контролем, или ретроградной трансопухолевой холангиостомии.
Необходимо выполнить РКТ или МРТ брюшной полости для уточнения распространённости патологического процесса, наличия регионарных и отдалённых метастазов, определения резектабельности опухоли, рентгенографию органов грудной клетки. Для морфологического подтверждения необходимо выполнить тонкоигольную биопсию опухоли под УЗИ контролем, или, при наличии возможности, аналогичное исследование при ФГДС.

Задание 70.
Больная 72 лет предъявляет жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации, тенезмы. В анамнезе: хронический проктит.
Вопросы:
Какое заболевание можно заподозрить у данной пациентки?
Какие методы обследования необходимо применить?
Какой метод лечения при подтверждении Вашего диагноза будет являться основным?
Эталон ответа:
У больной старческого возраста на фоне длительно существующего хронического воспалительного заболевания имеется клиническая картина, характерная для рака прямой кишки.
Пальцевое исследование прямой кишки (исследование до 6 – 8 см), ректороманоскопия (визуализация до 22 – 25 см, возможность биопсии), фиброколоноскопия для исключения первично-множественного характера поражения, ультразвуковое исследование или магнитно-резонансная томография брюшной полости и малого таза для уточнения распространённости опухоли и определения наличия увеличенных и подозрительных в отношении их метастатического поражения лимфатических узлов, а также возможных метастазов в печени и забрюшинном лимфатическом коллекторе, рентгеновской компьютерной томографии органов грудной клетки.
Хирургический

Задание 71.
Больной 60 лет предъявляет жалобы на слабость, снижение аппетита, субфебрильную температуру, неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота. Данные обследования. В мезогастрии справа пальпируется образование размерами 7х6 см. малоподвижное, неначительно болезненное, бугристое.
Рентгенография лёгких без патологии.
ЭКГ: ритм синусовый, 85 в минуту, нагрузка на правое предсердие.
Клинический анализ крови:
гемоглобин - 60 г/л;
эритроциты - $4{,}0 \times 10^{12}$/л;
цветовой показатель - 0,9;
тромбоциты - 240×10^{9}/л;
лейкоциты - $8{,}2 \times 10^{9}$/л (палочкоядерные - 1%, сегментоядерные - 61%, эозинофилы - 7%, лимфоциты - 8%, моноциты - 13%);
СОЭ – 30 мм/ч.
Анализ мочи: плотность - 1003 г/л, реакция среды - нейтральная, лейкоциты - 0-3 в поле зрения.
ЭГДС без патологии.
УЗИ брюшной полости: диффузные изменения печени.
Вопросы:
Каков предположительный диагноз?
Что необходимо выполнить для уточнения диагноза до начала лечения?

Как называется данная форма течения указанной патологии?
Каков основной метод лечения указанной патологии?
Какая операция будет считаться минимально-допустимой при выборе хирургической тактики лечения?
Эталон ответов:
Рак правой половины толстой кишки.
Колоноскопия с биопсией
Токсико-анемическая форма.
Хирургический.
Правосторонняя гемиколэктомия.

Задание 72.
Больной С., 64 лет, доставлен машиной скорой помощи в клинику с жалобами на схваткообразные боли в животе через 15 - 20 минут, неоднократную рвоту, не отхождение стула и газов. Болен 6 часов, ранее не лечился. При осмотре пониженной упитанности, живот равномерно вздут, перистальтика кишечника усилена, звучная. При пальцевом исследовании прямой кишки определяется пустая ампула. На обзорной рентгенограмме органов брюшной полости определяются чаши Клойбера. Диагностирована острая кишечная непроходимость. Консервативная терапия, включая сифонную клизму, эффекта не дала. Выполнена экстренная операция. Обнаружена опухоль сигмовидной кишки размерами 6х6 см, полностью перекрывающая ее просвет, прорастающая серозную оболочку, увеличенные плотные лимфатические узлы в брыжейке по ходу сигмовидной артерии, по виду метастатические Приводящий сегмент ободочной и тонкой кишки резко расширен, переполнен кишечным содержимым. Выпота в брюшной полости нет. При ревизии другой патологии в брюшной полости не выявлено.
Вопросы:
Определите диагноз заболевания, ориентировочно стадию процесса.
Какой вид хирургической операции должен быть выполнен?
Обоснуйте предыдущее решение.
Эталон ответа:
Учитывая наличие стенозирующей опухоли сигмовидной кишки, прорастающей её серозную оболочку, метастатическое поражение регионарных лимфоузлов, то, что наиболее часто отдалённые метастазы при колоректальном раке локализуются в печени, а она не поражена, можно поставить предварительный диагноз: рак сигмовидной кишки III стадии, T3N1-2M0, осложнённый острой кишечной непроходимостью.
Оптимальным вмешательством на фоне острой кишечной непроходимости будет выполнение обструктивной резекции сигмовидной кишки (операции Гартмана). Отводящий конец кишки должен быть ушит и оставлен в брюшной полости. Приводящий раздутый сегмент ободочной кишки следует вывести на переднюю брюшную стенку в виде одноствольного ануса и вскрыть, выпустив наружу кишечное содержимое.
Операцией выбора при раке сигмовидной кишки является резекция сигмовидной кишки с одновременным формированием толсто-толстокишечного анастомоза. Однако, в представленном наблюдении, операция проводилась на фоне острой кишечной непроходимости и перерастянутого приводящего отдела толстой кишки. Формирование одномоментного анастомоза было бы слишком опасным вследствие высокой вероятности несостоятельности швов соустья. Другим вариантом лечения острой опухолевой непроходимости при раке сигмовидной кишки является формирование разгрузочной колостомы на проксимальные отделы толстой кишки, однако при этом сохраняются риск прогрессирования опухоли и её дальнейшего метастазирования. Возможен также вариант стентирования опухолевого стеноза с определением дальнейшей тактики лечения после разрешения непроходимости.

Задание 73.
Больной К, 72 лет, обратился в онкологический диспансер с жалобами на вздутие живота, периодические приступы схваткообразных болей в животе. При фиброколоноскопии с биопсией по месту жительства выявлена циркулярная стенозирующая опухоль селезёночного угла ободочной кишки, гистологическое заключение: слизеобразующая аденокарцинома. При УЗИ брюшной полости в печени выявлены 2 гиперэхогенных очага размерами до 3 см.
Вопросы:
Какой, по вашему мнению, должен быть поставлен предварительный диагноз?
Какие дополнительные исследования необходимо выполнить у данного пациента?
Назовите основные принципы лечения.
Эталон ответа:
У больного рак селезёночного угла ободочной кишки, T3-4NxM1 (печень), стадия 4, осложнённый хронической кишечной непроходимостью.
Рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки, магнитно-резонансная томография брюшной полости и малого таза, для уточнения распространённости опухоли в толстой кишке и уточнения характера поражения печени, наличия увеличенных и подозрительных в отношении их метастатического поражения лимфатических узлов, для подтверждения метастатического характера поражения печени желательно выполнение пункции очагов под УЗИ контролем, определение в опухоли мутации KRAS
У больного имеется генерализованный рак ободочной кишки с потенциально резектабельными синхронными метастазами в печень. При возможности удаления метастазов показана операция в объёме R0 (расширенная левосторонняя гемиколэктомия и резекция печени). В последующем обязательна адьювантная химиотерапия в течение 6 месяцев. Возможно проведение периоперационной и неоадьювантней химиотерапии. На метастазы в печени возможно воздействие других факторов (криодеструкция, алкоголизация, радиочастотная термоабляция).

Задание 74.
Больной 63 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке. Предъявляет жалобы на схваткообразные боли в животе, задержку газов и в течение двух дней отсутствие стула. Была однократная рвота. Боли появились внезапно 4 часа назад. До этого в течение 6 месяцев периодически отмечал задержку стула, изредка в каловых массах обнаруживал примесь крови. К врачам не обращался. Операций на органах брюшной полости не было. Состояние средней тяжести. Язык суховат. Живот вздут, мягкий при пальпации умеренно болезнен во всех отделах, перистальтика кишечника усилена. Симптом Щеткина отрицателен. Патологических образований в брюшной полости прощупать не удается. При ректальном исследовании ампула пуста, сфинктер атоничен. Во время выполнения сифонной клизмы в прямую кишку удалось ввести около 700,0 мл воды. При обзорной рентгенографии брюшной полости в петлях толстой и частично тонкой кишки видны чаши Клойбера.
Вопросы:
Какого типа непроходимость кишечника у больного и какова ее наиболее вероятная причина?
В каком положении больного (вертикальном или горизонтальном) проводилось рентгенологическое исследование для выявления чаш Клойбера?
Какое обследование должно быть проведено для уточнения диагноза и установления локализации процесса?
Какие консервативные меры до операции следует проводить и в течение какого промежутка времени?

Какое оперативное вмешательство следует выполнить при непроходимости на почве опухоли правой половины толстой кишки?
Какое оперативное вмешательство следует выполнить при непроходимости на почве опухоли левой половины толстой кишки?
Эталон ответа:
Обтурационная. Учитывая возраст, постепенное развитие заболевания (кишечные жалобы в течение полугода), наличие крови в каловых массах, запоры, наиболее вероятной причиной является рак.
В вертикальном. На рентгенограммах, сделанных в горизонтальном положении, чаши Клойбера не видны.
Ирригоскопия. Колоноскопия чревата опасностью разрыва измененной стенки кишки при инсуфляции воздуха.
Комплекс декомпрессивных мероприятий включает сифонные клизмы, назогастральную декомпрессию верхнего отдела пищеварительного тракта, спазмолитики. Принимают меры по борьбе с интоксикацией, коррекции волемических нарушений, нормализации функций сердечно-сосудистой системы, печени и почек. В случае ликвидации непроходимости необходимость в экстренной операции отпадает. При неэффективности интенсивной терапии, проводимой на протяжении 2-4, но не более 6 часов, выполняют оперативное вмешательство.
При непроходимости на почве опухоли правой половины толстой кишки оптимальной является правосторонняя гемиколэктомия.
При непроходимости на почве опухоли левой половины толстой кишки оптимальной является операция Гартмана.

Задание 75
Больной 19 лет. Жалобы на боли в правом плече, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время, повышение температуры тела по вечерам до 38,5 -39,0^{0}С. Болеет в течение 3 недель. Объективно: правое плечо обычной конфигурации, кожные покровы не изменены, при пальпации отмечается локальная болезненность в средней трети. Больному выполнены рентгенография и радиоизотопное исследование костей скелета: опухоль располагается в средней трети плечевой кости, протяженностью до 5 см, выходит за пределы кортикального слоя, определяется поражение надкостницы по типу «луковичного» периостита. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки в паренхиме правого лёгкого выявлены округлые множественные тени размерами от 1,5 до 3 см.
Вопросы:
Назовите Ваш предварительный диагноз?
Какие необходимо выполнить дополнительные исследования?
С какими заболеваниями необходимо проводить дифференциальную диагностику
Какая стадия заболевания у данного пациента.
Предложите вариант лечения
Эталон ответа:
На основании острого начала и быстрого прогрессирования заболевания, болевого синдрома, клинической картины резко выраженной интоксикации, наличия рентгенологических признаков опухоли диафиза правого плеча, рентгенологического симптома «луковичного» периостита, определение метастазов в правом лёгком, повышение уровня щелочной фосфатазы и лактатдегидрогеназы в крови можно поставить диагноз саркома Юинга правого плеча с метастатическим поражением правого легкого.
Рентгеновская компьютерная томография органов грудной клетки, РКТ головного мозга, ультразвуковое исследование или магнитно-резонансная томография брюшной полости и

малого таза, УЗИ зон регионарного метастазирования, трепанбиопсия или открытая биопсия опухоли.
Дифференциальный диагноз саркомы Юинга проводят между остеогенной саркомой, эозинофильной гранулемой, остеобластокластомой, острым гематогенным остеомиелитом, костными формами туберкулёза, метастазами в кости. Определяющим в постановке диагноза являются данные морфологического исследования биопсийного материала.
У пациента определяется опухоль менее 8 см, что соответствует критерию T1, в соответствии с данными биопсии, не имеется поражения регионарных лимфатических узлов, что соответствует критерию N0. Мо данным РКТ имеется множественное метастатическое поражение лёгких – M1a. Таким образом у больного стадия IVA (T1N0M1a).
Саркома Юинга относится к чувствительным к химиотерапии и лучевому лечению опухолям. В современных программах лечения применяется предоперационная и послеоперационная полихимиотерапия, при этом учитывается также гистологический ответ опухоли на лечение, а также лучевая терапия на очаг в высоких дозах (в том числе и на отдалённые метастазы). Хирургическое лечение предполагает, если возможно, радикальное удаление опухоли, в то же время операция в сочетании с интенсивной химиотерапией и лучевой терапией значительно снижает риск местного рецидива. Уменьшение частоты местного рецидива отмечается даже после нерадикальных операций. Преимущество должно отдаваться органосохраняющим операциям.

КРИТЕРИИ оценивания компетенций и шкалы оценки

Оценка «неудовлетворительно» (не зачтено) или отсутствие сформированности компетенции	**Оценка «удовлетворительно» (зачтено) или удовлетворительный (пороговый) уровень освоения компетенции**	**Оценка «хорошо» (зачтено) или достаточный уровень освоения компетенции**	**Оценка «отлично» (зачтено) или высокий уровень освоения компетенции**
Неспособность обучающегося самостоятельно продемонстрировать знания при решении заданий, отсутствие самостоятельности в применении умений. Отсутствие подтверждения наличия сформированности компетенции свидетельствует об отрицательных результатах освоения учебной дисциплины	Обучающийся демонстрирует самостоятельность в применении знаний, умений и навыков к решению учебных заданий в полном соответствии с образцом, данным преподавателем, по заданиям, решение которых было показано преподавателем, следует считать, что компетенция сформирована на	Обучающийся демонстрирует самостоятельное применение знаний, умений и навыков при решении заданий, аналогичных образцам, что подтверждает наличие сформированной компетенции на более высоком уровне. Наличие такой компетенции на достаточном	Обучающийся демонстрирует способность к полной самостоятельности в выборе способа решения нестандартных заданий в рамках дисциплины с использованием знаний, умений и навыков, полученных как в ходе освоения данной дисциплины, так и смежных

	удовлетворительном уровне.	уровне свидетельствует об устойчиво закрепленном практическом навыке	дисциплин, следует считать компетенцию сформированной на высоком уровне.

Критерии оценивания тестового контроля:

процент правильных ответов	Отметки
91-100	отлично
81-90	хорошо
70-80	удовлетворительно
Менее 70	неудовлетворительно

При оценивании заданий с выбором нескольких правильных ответов допускается одна ошибка.

Критерии оценивания ситуационных задач:

Отметка	**Дескрипторы**			
	понимание проблемы	**анализ ситуации**	**навыки решения ситуации**	**профессиональное мышление**
отлично	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	высокая способность анализировать ситуацию, делать выводы	высокая способность выбрать метод решения проблемы, уверенные навыки решения ситуации	высокий уровень профессионального мышления
хорошо	полное понимание проблемы. Все требования, предъявляемые к заданию, выполнены	способность анализировать ситуацию, делать выводы	способность выбрать метод решения проблемы уверенные навыки решения ситуации	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается одна-две неточности в ответе
удовлетворительно	частичное понимание проблемы. Большинство требований, предъявляемых к заданию, выполнены	удовлетворительная способность анализировать ситуацию, делать выводы	удовлетворительные навыки решения ситуации, сложности с выбором метода решения задачи	достаточный уровень профессионального мышления. Допускается более двух неточностей в ответе либо ошибка в последовательности решения
неудовлетворительно	непонимание проблемы. Многие требования, предъявляемые к заданию, не выполнены. Нет ответа. Не было	низкая способность анализировать ситуацию	недостаточные навыки решения ситуации	отсутствует

	попытки решить задачу			