

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение
**«ТОМСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
ЦЕНТР РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ НАУК»**
(Томский НИМЦ)

УТВЕРЖДАЮ

Директор Томского НИМЦ



В.А. Степанов

мая 2023 г.

ФОНД ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ ПО ДИСЦИПЛИНЕ

ОНКОЛОГИЯ

Специальность
31.08.57 Онкология

Уровень высшего образования
Подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

Квалификация
Врач-онколог

Томск 2023

Составители:

№ пп	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность
1.	Родионов Евгений Олегович	кандидат медицинских наук	старший научный сотрудник отделения торакальной онкологии НИИ онкологии Томского НИМЦ

Фонд оценочных средств обсужден и одобрен на заседании Учебно-методического совета.
Протокол № 2 от «22» мая 2023 года.

Секретарь Учебно-методического совета



А.Е. Тумашова

Основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа ординатуры по специальности 31.08.57 Онкология обсуждена и одобрена на заседании Ученого совета (протокол № 6 от «30» мая 2023 года).

**1. ПАСПОРТ ФОНДА ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
ПО ДИСЦИПЛИНЕ «ОНКОЛОГИЯ»**

Раздел учебной дисциплины	Контролируемая компетенция	Виды контроля и аттестации (текущий контроль, промежуточная аттестация)	Оценочные средства
1.1 Общая онкология	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1	текущий контроль	Собеседование по контрольным вопросам, тестирование, клинические (ситуационные) задачи
2.1 Опухоли головы и шеи	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1	текущий контроль	Собеседование по контрольным вопросам, тестирование, клинические (ситуационные) задачи
2.2 Опухоли органов грудной клетки	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1	текущий контроль	Собеседование по контрольным вопросам, тестирование, клинические (ситуационные) задачи
2.3 Опухоли органов брюшной полости	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1	текущий контроль	Собеседование по контрольным вопросам, тестирование, клинические (ситуационные) задачи
2.4 Забрюшинные внеорганные опухоли	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1	текущий контроль	Собеседование по контрольным вопросам, тестирование, клинические (ситуационные) задачи
2.5 Опухоли женских половых органов	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1	текущий контроль	Собеседование по контрольным вопросам, тестирование, клинические (ситуационные) задачи
2.6 Опухоли молочной железы	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1	текущий контроль	Собеседование по контрольным вопросам, тестирование, клинические (ситуационные) задачи
2.7 Опухоли кожи	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1	текущий контроль	Собеседование по контрольным вопросам, тестирование, клинические (ситуационные) задачи
2.8 Опухоли опорно-двигательного аппарата	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1	текущий контроль	Собеседование по контрольным вопросам, тестирование, клинические (ситуационные) задачи
2.9 Опухоли кроветворной системы	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1	текущий контроль	Собеседование по контрольным вопросам, тестирование, клинические (ситуационные) задачи
2.10 Опухоли мочеполовой системы	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1	текущий контроль	Собеседование по контрольным вопросам, тестирование, клинические (ситуационные) задачи

Все разделы	ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, УК-1	промежуточная аттестация	Тестирование, прием практических навыков (микрокурация больного), устное собеседования по билетам
-------------	---------------------------------------	-----------------------------	--

2. ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА

Вопросы для текущего контроля, промежуточной аттестации

1. Терминология - определение понятий «опухоль», «рак», «саркома».
2. Отечественная и международная классификация опухолей.
3. Свойства опухолей (беспредельность, автономность, клеточная атипия, метастазирование, нарастание злокачественности).
4. Виды и этапы метастазирования.
5. Профилактика рака - первичная, вторичная.
6. Клинические группы онкобольных, принцип формирования групп.
7. Диспансеризация онкологических больных.
8. Учетные документы на онкобольных, правила и сроки оформления.
9. Виды биопсий, показания и противопоказания. Диагностический алгоритм в онкологии. Принципы формулирования онкологического диагноза.
10. Виды и методы лечения онкобольных.
11. Виды оперативных вмешательств в онкологии.
12. Показания и противопоказания к химиотерапии.
13. Классификация заболеваний молочной железы.
14. Этиология рака молочной железы - факторы риска, предопухолевые заболевания.
15. Метастазирование рака молочной железы.
16. Методы диагностики опухолей молочной железы.
17. Мастопатия - этиология, клинические проявления диффузной и очаговой форм, методы лечения мастопатии.
18. Клиника рака молочной железы.
19. Методы лечения рака молочной железы.
20. Клиника рака щитовидной железы - первичные симптомы и симптомы местно-распространенного рака,
21. Принципы хирургического, комбинированного лечения рака щитовидной железы.
22. Клиника, диагностика, лечение сарком мягких тканей.
23. Реабилитация больных после лечения опухолей мягких тканей и костей.
24. Эпидемиология, этиология и патогенез злокачественных лимфом.
25. Классификация злокачественных лимфом.
26. Стадии лимфогранулематоза, прогностические факторы.
27. Клиника, диагностика и лечение лимфогранулематоза: локальные и общие симптомы.
28. Клиника неходжкинских лимфом - группы симптомов.
29. Методы лечения неходжкинских лимфом.
30. Классификация опухолей средостения.
31. Симптомокомплексы при опухолях средостения (органные, сосудистые, неврологические, паранеопластические, аутоиммунные).
32. Диагностика, принципы лечения опухолей средостения.
33. Гистологические типы рака кожи, особенности роста и метастазирования.
34. Клиника рака кожи, методы диагностики и лечения рака кожи.
35. Клиника, методы диагностики и лечения меланомы. Метастазирование.
36. Учетные документы на онкобольного.
37. Группы диспансерного наблюдения онкобольных.
38. Правила формулирования диагноза у онкобольных.

39. Оформление документации на онкобольного (истории болезни, амбулаторной карты, учетных документов).
40. Порядок и правила направления онкологического больного на МСЭ.
41. Эпидемиологические показатели рака шейки матки в Томском регионе.
42. Основные факторы риска, влияющие на возникновение злокачественных заболеваний шейки матки.
43. Основные положения популяционного скрининга при патологии шейки матки.
44. Диагностический алгоритм при подозрении на злокачественное заболевание шейки матки.
45. В чём состоит основное отличие между фоновой и предраковой патологией шейки матки.
46. Расшифруйте термин CIN.
47. Какие критерии заложены в основу TNM классификации.
48. Основные алгоритмы хирургического лечения опухолей шейки матки.
49. Как применяется лучевая терапия в лечении больных раком шейки матки.
50. Эпидемиологические показатели рака тела матки в Томском регионе.
51. Факторы риска злокачественных заболеваний тела матки.
52. Какова последовательность диагностических процедур (алгоритм) при подозрении на злокачественный процесс тела матки.
53. В чём состоит основное отличие между фоновой и предраковой патологией тела матки.
54. По каким критериям осуществляется классификация рака эндометрия.
55. В каких случаях имеются противопоказания к оперативному лечению опухолей тела матки.
56. Существуют ли отличия эпидемиологических показателей рака яичников в России и Томском регионе?
57. Факторы риска злокачественных заболеваний яичников. Какова роль наследственных факторов.
58. Диагностический алгоритм при подозрении на злокачественное заболевание яичников.
59. Основное отличие между доброкачественными, пограничными и малигнизированными опухолями яичников.
60. Основные методики лечения опухолей яичников.

Ситуационные (клинические) задачи

Задача №1

Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких, УЗИ малого таза и брюшной полости): признаков диссеминации процесса нет. Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы. T4N0M0. Больной рекомендовано провести лучевое лечение. Каковы основные принципы предлучевой подготовки больной?

Ответ. Морфологическая верификация злокачественности процесса; определить степень дифференцировки опухоли и ее биологические характеристики; провести клиническую оценку общего состояния больной; разметка - определение центра и границ поля облучения; дозиметрия - построение картины дозного поля имитация дозиметрического плана лечения.

Задача №2

Больная Х., 65 лет. Предъявляет жалобы на боли в области прямой кишки, выделение

слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак среднеампулярного отдела прямой кишки. Принято решение о проведении комбинированного лечения: предоперационная лучевая терапия + чрезбрюшная резекция прямой кишки. Какие возможны осложнения при облучении тазовой области?

Ответ. Тошнота, потеря аппетита, понос; нарушение мочеиспускания с чувством жжения; боли в прямой кишке; сухость влагалища, выделения из него.

Задача №3

Больная П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение, боли при глотании, ощущение инородного тела в гортани. При осмотре выявлены увеличенные шейные лимфоузлы. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит. Установлен диагноз: рак гортаноглотки. Планируется комбинированное лечение: операция и лучевая терапия. Какие возможны побочные реакции при проведении лучевой терапии у данной больной?

Ответ. Нарушение слуха; ощущение тяжести в голове; сухость во рту, першение, осиплость голоса.

Задача №4

Пациент после резекции желудка по поводу рака через 6 месяцев пришел на прием к онкологу для диспансерного наблюдения. Какие обследования он должен пройти и для чего? Как часто он должен обследоваться в дальнейшем?

Ответ. Для исключения рецидива и прогрессирования заболевания он должен сделать гастроскопию, УЗИ регионарных лимфоузлов, УЗИ печени, рентген легких, сканирование костей скелета. Первый год после лечения 1 раз в 3 мес., 2-3 годы - 1 раз в полгода, с 4 года - 1 раз в год.

Задача №5

После лучевой терапии у больного кожа в месте облучения гиперемизирована. К какой группе осложнений относится данное проявление? Как помочь больному?

Ответ. Местные осложнения. Использовать мази.

Задача №6

Больной узнал, что после обследования в поликлинике по месту жительства у него рак почки. Он просит направление в онкодиспансер и ОНЦ для повторной диагностики. Причины поведения больного? Как помочь больному в плане психологической адаптации?

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

Задача №7

У больной выявлен рак молочной железы 1 стадии. К какой клинической группе она относится? Какие дальнейшие действия онколога по месту жительства?

Ответ. 2 группа. Оформить документацию на госпитализацию в онкодиспансер для хирургического лечения.

Задача №8

На мебельной фабрике участились случаи заболеваемости раком. Рак какой локализации преобладает в данном случае? Какой вид диспансеризации нужно провести? Какая профилактика должна быть проведена на фабрике?

Ответ. Рак слизистой носа. Целевая диспансеризация. Первичная и вторичная.

Задача №9

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

Ответ. Необходимо произвести взятие мазков с поверхности шейки матки и цервикального канала и направить их на цитологическое исследование; необходимо произвести осмотр молочных желез и регионарных л/узлов. В случае отсутствия признаков поражения молочных желез пациентку необходимо направить на скрининговую маммографию. В случае обнаружения патологии в молочных железах, пациентка должна быть направлена к маммологу либо к онкологу.

Задача №10

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

Правильная ли тактика выбрана хирургом? Какие дополнительные обследования вы порекомендуете?

Ответ. Тактика неверна. Необходимо провести дополнительные обследования: УЗИ регионарных лимфатических узлов; осмотр кожи правой верхней конечности, груди, живота, спины для исключения меланомы кожи, рака кожи; рентгенографию органов грудной клетки для исключения рака легких; пункция пораженных лимфоузлов с последующим цитологическим исследованием пунктата; в случае неинформативности пункции – биопсия пораженных лимфатических узлов с гистологическим исследованием полученного материала.

Задача №11

Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: в области лба поверхностное образование 1,5x2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.

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

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

Задача №12

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

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

Задача №13

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

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

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

Ответ. У больной плоскоклеточная карцинома кожи правого плеча с метастазами в подмышечные лимфатические узлы. Дифференциальный диагноз необходимо проводить с базалиомой. Обоснование: наличие ожога в анамнезе, клиническая картина, метастатическое поражение регионарных лимфоузлов. Соскоб с поверхности опухоли, пункция увеличенных подмышечных лимфоузлов с цитологическим исследованием. Хирургическое лечение в виде иссечения опухоли кожи правого плеча и правосторонней подмышечной лимфаденэктомией. Адьювантно – лучевая терапия.

Задача №14

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

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

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

Задача №15

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

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

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

Задача №16

У курильщика 68 лет появилась образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытая корочкой. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2см. Ваш предварительный диагноз? С помощью какого метода это можно установить? Тактика лечения этого больного?

Ответ. Рак нижней губы. Нужно выполнить соскоб или биопсию с помощью морфологических данных. В зависимости от соматического статуса больного и распространенности опухоли на первом этапе можно провести хирургическое лечение или химио-лучевое лечение.

Задача №17

Больной обратился в поликлинику с жалобами на наличие язвенного образования на красной кайме нижней губы в течении последних 6-7 месяцев. Ваша тактика действия? К какому специалисту следует направить этого больного?

Ответ. Биопсия из области язвенного дефекта. В зависимости от результатов биопсии.

Задача №18

Больному 5 лет назад выполнена радикальная операция по поводу рака языка. При контрольном осмотре жалоб не предъявляет. Рецидива и метастазов нет. Когда ему явиться на следующий контрольный осмотр? Какой минимальный метод обследования необходимо при этом выполнить?

Ответ. Через год. УЗИ шеи.

Задача №19

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

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

Задача №20

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

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

Задача №21

Больного в течении последнего года беспокоят периодические боли в области левой околоушной слюнной железы. Около 2-х месяцев назад появилась ассиметрия лица и уплотнение на этом месте. Обратился к врачу. Тактика действия врача? Наиболее вероятный диагноз?

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

Задача №22

Через 2 года после лечения рака правой подчелюстной слюнной железы у мужчины появились плотные лимфатические узлы на шее слева. Тактика действия врача? Наиболее вероятный диагноз?

Ответ. УЗИ шеи с пункцией из увеличенного л/узла. Метастазы в л\узлы шеи.

Задача №23

В поликлинику обратился молодой человек, 23 лет с жалобами на опухолевидное образование в околоушной области справа, которая появилась около 3 месяцев назад после удара. В течение этого времени опухолевидное образование увеличивается в размере. Наиболее вероятный диагноз? Ваша тактика действия?

Ответ. Плеоморфная аденома. УЗИ с пункцией из опухолевого образования околоушной области.

Задача №24

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

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

Задача №25

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

Ответ. Рак щитовидной железы. Метастазы в кости, лимфоузлы средостения. УЗИ щитовидной железы. Тонкоигольная биопсия с последующим цитологическим исследованием. Ангиография щитовидной железы. КТ грудной клетки. Сцинтиграфия и рентгенологическое исследование костей скелета. Определение уровня кальцитонина в сыворотке крови.

Задача №26

Больная Н., 53 лет. Предъявляет жалобы на поперхивание, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле, охриплость. При осмотре шейные лимфоузлы не увеличены. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки

инфильтрирована опухолью, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит, голосовые складки фиксированы. Выполнена биопсия. Гистологическое заключение: аденокарцинома. При дообследовании отдаленных метастазов не обнаружено. Ваш диагноз? Каков предполагаемый объем лечения?

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

Задача №27

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

Ответ. У больной диагноз – тимома. Это опухоль, развивающаяся из клеточных элементов тимуса. Из методов диагностики можно применить компьютерную томографию или МРТ. Метод лечения - хирургический. После операции можно провести лучевую терапию.

Задача №28

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

Ответы. Струмэктомия с удалением регионарных лимфоузлов. Да, гормонозаместительная терапия.

Задача №29

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

Ответ. Сканирование щитовидной железы и анализы крови на гормональный профиль щитовидной железы. Эндокринолог.

Задача №30

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

Ответы. Компьютерная томография, ультразвуковое исследование, рентгенологическое исследование с барием. Ультразвуковой метод.

Задача №31

Пациентка 43 лет обратилась с жалобами на обильные выделения из соска правой молочной железы. Беспокоят в течение 2х месяцев. Вначале выделения были светло-желтого цвета, в последнее время приобрели бурый оттенок. Во время последней

маммографии, выполненной 6 месяцев назад, патологии не обнаружено. При осмотре молочные железы симметричны. При надавливании на правый сосок отмечается наличие выделений бурого цвета. Выделения из левого соска отсутствуют. При пальпации узловые образования не определяются. Региональные лимфатические узлы не увеличены.

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

Ответ. Внутрипротоковая папиллома правой молочной железы. Следует дифференцировать с внутрипротоковым раком молочной железы. Обоснование: данные анамнеза и объективного осмотра; жалобы на выделения из соска, соответствующие по характеру внутрипротоковой папилломе. Объективные данные: отсутствие узловых образований при пальпации и маммографии. Цитологическое исследование выделений из соска. Для папилломы характерно наличие клеток протокового эпителия, гемосидерин. Дуктография для подтверждения наличия папилломы, а также ее локализации. Пациентка нуждается в госпитализации и проведении стационарного лечения.

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

Задача №32

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

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

Ответ. Рак левой молочной железы. Отечно-инфильтративная форма. Следует дифференцировать с нелактационным маститом. Обоснование: данные анамнеза и объективного осмотра: жалобы на симптомы воспаления правой молочной железы, протекающие, однако, без выраженного болевого синдрома, повышения температуры тела. Объективные данные: отсутствие узловых образований при пальпации. Наличие увеличенных лимфоузлов в левой подмышечной области, подозрительных на предмет метастатического поражения.

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

Задача №33

У пациентки 58 лет в постменопаузе при маммографическом исследовании выявлено узловое образование в верхне-наружном квадранте левой молочной железы. Образование неправильной формы, с тяжами в окружающие ткани, размером 1,5 см. При пункционной биопсии получено подтверждение наличия рака молочной железы, а также высокий

уровень рецепторов к эстрогену и прогестерону в опухоли и отсутствие гиперэкспрессии HER2/neu. В анамнезе у больной лимфогранулематоз с поражением загрудинных лимфатических узлов, по поводу которого она получала химиолучевое лечение.

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

Ответ. Кроме уже выполненной маммографии необходимо: УЗИ региональных зон метастазирования (подмышечные, подключичные, надключичные); рентгенография органов грудной клетки; УЗИ печени; сцинтиграфия костей скелета.

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

Задача №34

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

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

Задача №35

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

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

Задача №36

Больная М., 43 лет, жалобы на уплотнение в правой молочной железе. Менструации с 11 лет, регулярные. Имеет двое детей. Страдает гипотиреозом. Объективно: в верхненаружном квадранте правой молочной железы пальпируется уплотнение более 5 см в диаметре, в левой подмышечной области пальпируются увеличенные лимфоузлы до 1,5

см в диаметре. Маммография: в верхненаружном квадранте правой молочной железы определяется затемнение с неровными тяжистыми контурами 5х6 см в диаметре. Произведена пункция опухоли и подмышечного лимфоузла. Цитологическое исследование: протоковый рак. При УЗИ брюшной полости обнаружены очаговые образования в печени. Диагноз? Лечебная тактика?

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

Задача №37

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

Ответ. Маммография, пункция опухоли, УЗИ регионарных лимфоузлов, УЗИ печени, рентген легких, сканирование костей скелета. T2N1M1, 4 стадия. Гормонотерапия.

Задача №38

Больная Е., 50 лет, жалобы на кровянистые выделения из сосков. Ваш предварительный диагноз? План обследования? Основной метод лечения?

Ответ. Внутрипротоковые папилломы. Дуктография, цитологическое исследование выделений. Хирургический.

Задача №39

Больная М., 56 лет, страдает сахарным диабетом. В течение 2 недель правая молочная железа гиперемирована, отечна, сосок втянут. Ваш предварительный диагноз? Определите алгоритм диагностики? С чего надо начать лечение данной больной?

Ответ. Отечно-инфильтративная форма рака молочной железы. Маммография, трепанбиопсия, УЗИ регионарных лимфоузлов, УЗИ печени, рентген легких, сканирование костей скелета, определение рецепторов стероидных гормонов и Her-2/neu. Лечение начинать с химиотерапии.

Задача №40

Больная Н., 64 года, правая молочная железа за последние 3 месяца резко увеличилась в размере, стала плотной и бугристой, но безболезненной. Кожа железы не изменена. Каков предварительный диагноз? Составьте план обследования.

Ответ. Злокачественная листовидная опухоль. Маммография, пункция опухоли, УЗИ регионарных лимфоузлов, УЗИ печени, рентген легких, сканирование костей скелета.

Задача №41

Больная Д., 70 лет, правая молочная железа за последние 6 месяцев уменьшилась в размере в два раза. Стала плотной, как «камень». Из-за боли в бедре появилась хромота. Поставьте предварительный диагноз. Определите план обследования.

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

Задача №42

Больная С., 18 лет, пальпируется круглое эластичное образование в молочной

железе. Поставьте диагноз. Какие исследования надо провести для его уточнения?

Ответ. Киста. УЗИ молочной железы.

Задача №43

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

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

Задача №44

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

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

Задача №45

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

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

Задача №46

Больная Ш., 51 год, курит 20 лет. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в правой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа в пределах нижней доли определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3-х см в диаметре. Имеется поражение лимфоузлов средостения. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости:

печень, почки - без патологии. Выполнена чрескожная трансторакальная пункция опухолевого образования под контролем УЗИ. Цитологическое исследование пунктата: аденокарцинома. Сканирование костей скелета – без патологии. Диагноз? Лечебная тактика?

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

Задача №47

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

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

Задача №48

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

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

Задача №49

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

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

справа. Лучевая терапия.

Задача №50

Больной Г., 65 лет, жалобы на кровохарканье, боли в правом боку, одышку, слабость, утомляемость. В анамнезе: хронический бронхит, частые пневмонии. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Мочеиспускание в норме. Проведено цитологическое исследование мокроты: обнаружены атипичные клетки. Предположительный диагноз? Каков план обследования? Предположите объем лечения.

Ответ. Центральный рак правого легкого. Рентгенологическое исследование органов грудной полости. Бронхоскопия, биопсия. УЗИ органов брюшной полости. Сканирование костей скелета. КТ, ангиография, лапароскопия по показаниям. Хирургическое лечение в объеме правосторонней пневмонэктомии.

Задача №51

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

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

Задача №52

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

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

Задача №53

Больная Е., 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течение 15 лет. Жалобы на боли в эпигастральной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Рентгенологически: в легких, пищеводе - патологии не выявлено. В нижней трети желудка имеется сужение просвета за счет симметричного дефекта наполнения по малой и большой кривизне, нарушение архитектоники слизистой,

ригидность стенок в зоне поражения. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника. Диагноз? Лечебная тактика?

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

Задача №54

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

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

Задача №55

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

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

Задача №56

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

Диагноз? Лечебная тактика?

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

Задача №57

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

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

Задача №58

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

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

Задача №59

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

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

Задача №60

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

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

Задача №61

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

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

Задача №62

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

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

Задача №63

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

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

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

Задача №64

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

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

Задача №65

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

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

Задача №66

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

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

Задача №67

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

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

Задача №68

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

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

Задача №69

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

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

Задача №70

Больной А., 56 лет, профессор истории. 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 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 3х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы

не увеличены. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл. Диагноз? Тактика лечения?

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

Задача №71

Больной Н., 70 лет, жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище, за последние две недели отметил желтушность кожи, зуд. Похудел за 2 месяца на 9 кг. В анамнезе хронический панкреатит. Объективно: кожные покровы и склеры желтушны, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, отмечается сдавление общего желчного протока, поджелудочная железа неоднородной структуры, отечна, вирсунгов проток расширен, в области головки поджелудочной железы определяется объемное образование 3х4см; в брюшной полости свободная жидкость; забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: определяется объемное образование в области головки поджелудочной железы, размерами 3х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 700 Ед/мл. Диагноз? Тактика лечения?

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

Задача №72

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

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

Задача №73

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

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

Задача №74

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

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

Задача №75

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

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

Задача №76

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

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

Задача №77

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

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

Задача №78

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

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

Задача №79

Больной А., 60 лет, в анамнезе: хронический колит. Жалобы слабость, наличие опухолевидного образования в правой половине живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование размерами до 7 см в диаметре. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет восходящего отдела сужен за счет экзофитного бугристого образования (6 см в диаметре), легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: без патологии. На рентгенограмме органов грудной полости обнаружены множественные очаги с нечеткими контурами в левом легком. Диагноз? Лечебная тактика?

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

Задача №80

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

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

Задача №81

Больной К., 71 год, страдает наследственным полипозом. Жалобы на тошноту, тяжесть в животе, урчание, запоры, боли в животе. Объективно: кожные покровы бледные, живот вздут, болезненный в левой половине живота, опухолевое образование не

пальпируется. Ирригоскопия: в поперечном отделе толстой кишки сужен просвет за счет дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: просвет поперечного отдела толстой кишки сужен за счет эзофитно-растущего новообразования, легкокровоточащего при пальпации. Гистологическое заключение: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в брюшной полости определяется небольшое количество свободной жидкости, по брюшине – множественные очаги от 0,5 до 1,5 см в диаметре, в печени 2 очага до 3 см в диаметре с нечеткими контурами. Диагноз? Лечебная тактика? Какие дополнительные исследования нужно провести больному?

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

Задача №82

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

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

Задача №83

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

Ответ. Экзофитный рак верхней и средней трети прямой кишки 3 ст. Комбинированное лечение: предоперационная химиолучевая терапия, брюшно-промежностная резекция с низведением сигмовидной кишки.

Задача №84

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

Ответ. Инфильтративный рак нижней и средней трети прямой кишки 3 ст. Комбинированное лечение: предоперационная внутриместная лучевая терапия, брюшно-промежностная экстрекция прямой кишки. Послеоперационная химиотерапия.

Задача №85

Больной С., 60 лет, жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, желтушности кожи. В анамнезе гепатит В. Объективно: кожные покровы желтые,

периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, отмечается гепатомегалия. УЗИ, КТ брюшной полости: 4,5,6 сегменты печени занимает объемное образование размерами 4х5 см в диаметре с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, асцит. Маркер: АФП 700 нг\мл. Гистологическое заключение: гепатоцеллюлярный рак. Диагноз? Тактика лечения?

Ответ. Рак печени. Т3NxM1. ПХТ. Селективная эмболизация печеночной артерии.

Задача №86

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

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

Задача №87

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

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

Задача №88

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

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

Задача №89

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

исследование костей скелета, РКТ: опухоль располагается в средней трети бедренной кости, протяженностью до 6 см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ. Ваш диагноз? Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Какова схема лечения?

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

Задача №90

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

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

Задача №91

Больной Е., 41 год, жалобы на наличие опухолевидного образования в верхней трети левого бедра. Объективно: на латеральной поверхности верхней трети левого бедра определяется опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размерами 5х6 см, ограниченной подвижности, кожа над ним гиперемирована. Больному выполнено РКТ, МРТ, УЗИ: опухоль располагается в мягких тканях средней трети бедра, размерами до 5 см в диаметре, прорастания бедренной кости нет, выражен сосудистый компонент. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком. Ваш диагноз? Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Какова схема лечения?

Ответ. Саркома мягких тканей бедра (ангиосаркома?). T1vN0M1. Открытая биопсия опухоли. Лечение: лучевая терапия на опухоль ХТ, операция - удаление метастазов в легких.

Задача №92

У пациента липосаркома забрюшинного пространства, опухоль до 15 см, низкой степени дифференцировки, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов. Какая стадия заболевания? Как классифицируются опухоль по глубине залегания? Наиболее целесообразная тактика лечения.

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

Задача №93

У пациента остеосаркома бедра, опухоль до 7 см, низкой степени злокачественности, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов. Какая стадия заболевания? Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении остеосаркомы конечности? Наиболее целесообразная тактика лечения.

Ответ. I стадия. До 60%. 4-6 курсов химиотерапии, проведением радикального

оперативного лечения и 4-6 курсов послеоперационной химиотерапии.

Задача №94

У больного 20 лет саркома Юинга плеча, опухоль 9 см, низкой степени дифференцировки. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет. Какая стадия заболевания? Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении саркомы Юинга конечности? Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

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

Задача №95

У больного 50 лет хондросаркома плеча, опухоль 8,5 см, низкой степени злокачественности. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет. Какая стадия заболевания? Какова пятилетняя выживаемость при хирургическом лечении хондросаркомы конечности? Наиболее целесообразная тактика лечения.

Ответ. IB стадия. До 60%. Проведением радикального оперативного лечения.

Задача №96

У больного 19 лет саркома Юинга крестца, опухоль 10 см, низкой степени дифференцировки. Регионарные лимфатические узлы не поражены, имеются множественные метастазы в легкие. Какая стадия заболевания? Какова пятилетняя выживаемость при комбинированном лечении саркомы Юинга с наличием метастазов в легкие? Тактика лечения?

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

Задача №97

У больного 25 лет остеосаркома голени, опухоль 5 см, низкой степени дифференцировки, Регионарные лимфатические узлы не были поражены, отдаленных метастазов не было. Проведено 6 курсов предоперационной химиотерапии, хирургическое лечение, 6 курсов послеоперационной химиотерапии. Через 6 месяцев выявлен рецидив в голени и метастазы в легкие. Какая была стадия заболевания? Какова пятилетняя выживаемость при лечении остеосаркомы с наличием рецидива и метастазов в легкие? Тактика лечения.

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

Задача №98

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

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

Ответ. Лимфогранулематоз. Пункция увеличенных лимфоузлов. Рентген. органов

грудной клетки. УЗИ, КТ органов брюшной полости. Трепанобиопсия подвздошной кости, при необходимости - пункция печени. Многоядерные клетки Березовского-Штенберга и одноклеточные клетки Ходжкина.

Задача №99

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

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

Ответ. Лимфогранулематоз. Пункция увеличенных лимфоузлов. Трепанобиопсия подвздошной кости. Субстратом является полиморфноклеточная гранулема.

Задача №100

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

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

Задача №101

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

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

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

Задача №102

Больной Ю., 28 лет, лимфомы Ходжкина, смешанно-клеточный вариант IIb стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной области и средостения, индекс массы тела более 0,33.

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

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

Задача №103

Больная П., 58 лет, лимфомы Ходжкина, вариант лимфоидное истощение с поражением лимфоузлов правой надключичной области и локальным поражением печени.

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

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

Задача №104

У больного, 31 год, лимфомы Ходжкина, вариант лимфоидное истощение с поражением лимфоузлов области средостения и локальным до 1 см, единичным очагом в правом легком. Предъявляет жалобы на ночной профузный пот. Какая стадия заболевания? К какой группе прогноза относится? Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

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

Задача №105

Больная М., 30 лет, 2 года назад обратилась к участковому врачу в связи с увеличением до 2 см в диаметре лимфоузла в правой надключичной области. Незадолго до этого перенесла ОРВИ. Врач не назначил никаких дополнительных исследований, рекомендовал спиртовые компрессы. Через полгода у больной в этом же месте появились еще два плотных лимфоузла размерами 1,5х2,0 см, а в надключичной области слева появился лимфоузел такого же размера. Врач поликлиники снова назначил тепловые процедуры и антибиотики. Лимфоузлы сначала незначительно уменьшились в размерах, затем снова увеличились до 2,0-3,0 см в диаметре. Больная решила больше к врачам не обращаться, самочувствие оставалось удовлетворительным.

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

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

Ответ. На основании развившейся через 2 года картины прежде всего можно предположить лимфому Ходжкина, хотя в начале болезни увеличенные лимфоузлы с одинаковой вероятностью можно было отнести к другим лимфопролиферативным заболеваниям, метастазу рака, туберкулезу и пр.

Основной диагностический метод – биопсия лимфоузла с последующим иммуногистохимическим исследованием опухолевой ткани. Дополнительные методы исследования – рентгенография органов грудной клетки, компьютерная томография, УЗКТ, радиоизотопное исследование лимфатической системы, трепанобиопсия подвздошной кости и пр.

Описываемый случай демонстрирует динамику болезни от IА стадии (начальной) к IIВ (генерализованной, с интоксикацией) в течение 2-х лет. Лечение больной 2 года назад могло, несомненно, привести к длительной ремиссии (если не к полному излечению),

лечение в IIIБ стадии может иметь определенный успех, но не дает надежды на радикальную помощь больной, прогноз в этой стадии несравненно хуже.

Задача №106

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

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

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

Задача №107

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

От каких факторов зависит дальнейшее лечение пациентки? Приведите схему химиотерапии, используемую в данном случае?

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

Задача №108

Больная К., 70 лет, считает себя больной с декабря 2008 года, когда впервые отметила появление кровянистых выделений из половых путей на фоне менопаузы. В январе 2009 года больную госпитализировали. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободны. Ваш предварительный диагноз? Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответ. Рак тела матки. Тщательный анализ анамнеза, двуручное гинекологическое исследование, включая ректовагинальный осмотр, цитологическое исследование аспирата из полости матки, УЗИ, КТ, МРТ, гистероскопия и гистологическое исследование материала, полученного при раздельном диагностическом выскабливании матки, определение содержания опухолевого маркера СА – 125. Хирургический.

Задача №109

У больной К., 50 лет, появились жалобы на кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы. По месту жительства выполнили раздельное диагностическое выскабливание. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно. Оволосение по женскому типу. Слизистая шейки матки и влагалища не изменена. Тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное. В области придатков без особенностей. Своды глубокие. Параметрии свободны. Выполнили операцию в объеме - экстирпация матки с придатками. Гистологическое заключение: шейка матки выстлана многослойным плоским и цилиндрическим эпителием. В эндометрии разрастание умеренно дифференцированной эндометриоидной аденокарциномы с плоскоклеточной метаплазией, с инвазией в миометрий до 5 мм (менее толщины миометрия). Яичники и маточные трубы с признаками

возрастной инволюции. Сформулируйте заключительный диагноз, стадию? У данной больной метастазы не обнаружены.

Ответ. Рак тела матки T1bN0M0 или IB стадия.

Задача №110

Больная Л., 70 лет, предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей последние 3 месяца на фоне 20-летней менопаузы. При гинекологическом осмотре: женские половые органы развиты правильно. В зеркалах: слизистая влагалища и шейки матки чистая. Тело матки увеличено до 7-8 недель беременности. Придатки с обеих сторон не определяются. Параметрии свободные. Своды глубокие. Ваш предварительный диагноз? Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответ. Рак тела матки. Тщательный анализ анамнеза, двуручное гинекологическое исследование, включая ректовагинальный осмотр, цитологическое исследование аспирата из полости матки, УЗИ, КТ, МРТ, гистероскопия и гистологическое исследование материала, полученного при раздельном диагностическом выскабливании матки, определение содержания опухолевого маркера СА – 125. Хирургический.

Задача №111

Больная В., 42 года, предъявляет жалобы на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. В зеркалах: шейка матки цилиндрической формы, деформирована опухолью до 4 см в диаметре. Тело матки не увеличено. Придатки с обеих сторон без особенностей. Параметрии свободные, своды глубокие.

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

Ответ. Рак шейки матки. Тщательный анализ анамнеза, бимануальное ректовагинальное исследование и цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса, кольпоскопия, выскабливание цервикального канала, биопсия шейки матки, конизация шейки матки. Для уточнения распространенности опухоли проводят: УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; рентгенографию грудной клетки, цистоскопию, ректороманоскопию, КТ, МРТ, экскреторная урография, сцинтиграфия почек, рентгенография костей, рентгеноконтрастные исследования ЖКТ, Хирургический.

Задача №112

Больная Р., 51 год, в течение последних 2-х месяцев предъявляет жалобы на повышенную утомляемость, водянистые бели из половых путей и контактные кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки раздута, плотная, слизистая оболочка темно-багрового цвета. При пальпации шейка матки ригидная. Тело матки нормальных размеров. Область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.

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

Ответ. Рак шейки матки. Тщательный анализ анамнеза, бимануальное ректовагинальное исследование и цитологическое исследование мазков с экто- и эндоцервикса, кольпоскопия, выскабливание цервикального канала, биопсия шейки матки, конизация шейки матки. Для уточнения распространенности опухоли проводят: УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; рентгенографию грудной клетки, цистоскопию, ректороманоскопию, КТ, МРТ, экскреторная урография,

сцинтиграфия почек, рентгенография костей, рентгеноконтрастные исследования ЖКТ. Хирургический.

Задача №113

Больная И., 44 года, предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость. При УЗИ органов малого таза обнаружено: увеличение левого яичника до 12 см, правого до 5 см. СА – 125 = 1595,0 МЕ/мл. Гинекологический осмотр: наружные половые органы развиты правильно. Оволосение по женскому типу. Влагалище рожавшей. Слизистая влагалища и шейки матки не изменена. Тело матки нормальных размеров. Слева от матки определяется образование до 12 см в диаметре, плотноэластической консистенции, подвижное, справа определяется образование до 5 см в диаметре, подвижное. Параметрии свободные, своды глубокие.

Ваш предварительный диагноз? Ваш алгоритм обследования? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответ. Рак яичников. Физикальное исследование (пальпация живота, лимфатических узлов, гинекологическое исследование); общие анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма, ЭКГ; рентгенография грудной клетки; УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; доплеровское исследование вен нижних конечностей и подвздошных вен; определение уровней опухолевых маркеров в сыворотке: СА – 125, СА – 199, СА – 153, альфа-фетопротеина, раково-эмбрионального антигена, лактатдегидрогеназы; эзофагогастродуоденоскопия; ирригоскопия или колоноскопия, по показаниям – КТ, МРТ, экскреторная урография, сцинтиграфия почек, цистоскопия, лапароскопия. Хирургический – экстирпация матки с придатками и удаление большого сальника, химиотерапия.

Задача №114

Больная О.В.Г. 65 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, слабость, увеличение живота в объеме.

Ваш предварительный диагноз? Ваш алгоритм обследования? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответ. Рак яичников. Физикальное исследование (пальпация живота, лимфатических узлов, гинекологическое исследование); общие анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма, ЭКГ; рентгенография грудной клетки; УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; доплеровское исследование вен нижних конечностей и подвздошных вен; определение уровней опухолевых маркеров в сыворотке: СА – 125, СА – 199, СА – 153, альфа-фетопротеина, раково-эмбрионального антигена, лактатдегидрогеназы; эзофагогастродуоденоскопия; ирригоскопия или колоноскопия, по показаниям – КТ, МРТ, экскреторная урография, сцинтиграфия почек, цистоскопия, лапароскопия. Хирургический – экстирпация матки с придатками и удаление большого сальника, химиотерапия.

Задача №115

Больная Ш., 39 лет, предъявляет жалобы на боли внизу живота, увеличение живота в объеме, быструю утомляемость, похудание. СА – 125 = 842 МЕ/мл.

Ваш предварительный диагноз? Ваш алгоритм обследования? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Ответ. Рак яичников. Физикальное исследование (пальпация живота, лимфатических узлов, гинекологическое исследование); общие анализы крови и мочи, биохимическое исследование крови, коагулограмма, ЭКГ; рентгенография грудной клетки; УЗИ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства; доплеровское исследование вен нижних конечностей и подвздошных вен; определение уровней опухолевых маркеров в сыворотке: СА – 125, СА – 199, СА – 153, альфа-фетопротеина,

раково-эмбрионального антигена, лактатдегидрогеназы; эзофагогастродуоденоскопия; ирригоскопия или колоноскопия, по показаниям – КТ, МРТ, экскреторная урография, сцинтиграфия почек, цистоскопия, лапароскопия. Хирургический – экстирпация матки с придатками и удаление большого сальника, химиотерапия.

Задача №116

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

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

Задача №117

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

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

Задача №118

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

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

Задача №119

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

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

Задача №120

Больная А., 28 лет, в июле 2009 года ЭКО в связи с бесплодием трубного генеза. В сроке 5 недель – неразвивающаяся беременность по данным УЗИ. 24.07.09 г. – РДВ. С июля 2009 г. по сентябрь 2009 г. продолжались кровянистые выделения. Обратилась к гинекологу. ХГ – (29.09.09 г.) – 305,5 МЕ/л. Матка мягковатой консистенции, увеличена до 10 недель беременности.

Ваш предварительный диагноз? Ваш алгоритм обследования? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

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

Задача №121

Больная Б., 26 лет, последняя нормальная менструация в июне 2009 года. В августе 2009 года после недельной задержки менструации отметила кровянистые выделения из половых путей. По месту жительства выполнено РДВ. После РДВ кровянистые выделения из половых путей усилились. 12.10.09 г. повторное РДВ. ХГ от 27.10.09г – 32 тыс. МЕ/л.

Ваш предварительный диагноз? Ваш алгоритм обследования? Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

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

Задача №122

Пациент Э., 35 лет, обратился к хирургу в поликлинику по месту жительства с жалобами на припухлость в области шеи после перенесенной 3 месяца назад ангины. При осмотре: область шеи справа увеличена за счет безболезненного, малоподвижного образования. Т тела в пределах нормы. Хирургом был поставлен диагноз «шейный лимфаденит» и назначена антибактериальная терапия. Однако эффекта от антибактериальной терапии в течении 7 дней не отмечалось, образование в области шеи увеличивалось и пациент был направлен на консультацию к районному онкологу.

В чем тактическая ошибка хирурга поликлиники? Какой комплекс диагностических мероприятий для уточнения диагноза может быть использован районным онкологом? Какой диагноз можно поставить пациенту на данном этапе?

Ответ. Хирург без дополнительного обследования поставил пациенту диагноз и назначил лечение, не заподозрив онкологическую направленность процесса. Диагностическая тонкоигольная аспирационная биопсия, направление материала на цитологическое исследование, УЗИ лимфоузлов шеи, брюшной полости, органов малого таза, щитовидной железы, рентген органов грудной клетки. Метастатическое поражение лимфоузлов шеи из НПО.

Задача №123

К онкологу в онкологическом диспансере обратилась пациентка К., 63 года, с

жалобами на отечность и увеличение в объеме правой подмышечной области. При осмотре: кожа правой подмышечной области визуально не изменена. При пальпации в правой подмышечной области пальпируется крупный лимфоузел, около 3 см в диаметре, малосмещаемый, безболезненный. Молочные железы без узловых образований. Другие группы периферических лимфоузлов не увеличены. Пациентке выполнена диагностическая тонкоигольная биопсия лимфоузла правой подмышечной области, которая оказалась безуспешной и диагностического материала не содержала, маммографическое исследование - без патологических образований в молочных железах.

Какова дальнейшая тактика онколога? Метастазами из каких других первичных очагов (кроме молочной железы) могут поражаться подмышечные лимфоузлы?

Ответ. Повторная диагностическая тонкоигольная биопсия. В случае отрицательного цитологического ответа-открытая биопсия подмышечных лимфоузлов справа, с целью получения материала для гистологического исследования и верификации диагноза. Кроме того, продолжить дальнейший диагностический поиск первичного очага: УЗИ органов брюшной полости, органов малого таза, других групп лимфоузлов, рентген органов грудной клетки. Меланома кожи, плоскоклеточный рак кожи, опухоли мягких тканей, рак легкого.

Задача №124

В городскую больницу № 1 поступила пациентка Н., 75 лет, с жалобами на боли в правом подреберье, слабость, повышение Т тела к вечеру до 37,5. При осмотре: кожные покровы и видимые слизистые эктеричны, гепатомегалия (+2 см), асцит. Из анамнеза: считает себя больной около 1 года, когда впервые появились боли в правом подреберье. Много лет наблюдалась у гинеколога по поводу поликистозно измененных яичников, однако последние 10 лет гинеколога не посещала. Из сопутствующих заболеваний: язвенная болезнь желудка и 12-перстной кишки в стадии ремиссии, ИБС, гипертоническая болезнь 2 стадии.

Приведите схему обследования данной больной на основании данных осмотра и анамнеза? О каких диагнозах можно думать, опираясь на данные осмотра и анамнеза?

Ответ. УЗИ брюшной полости с выполнением чрескожной пункционной аспирационной цитобиопсии при обнаружении опухолевого процесса с последующим цитологическим исследованием, КТ органов брюшной полости, эмиссионная КТ печени с мечеными эритроцитами, ангиография, взятие маркеров (АФП, СА 125). Исходя из данных осмотра и анамнеза: гастроскопия с забором диагностического материала (если таковой имеется), консультация гинеколога и гастроэнтеролога. На данном этапе - первичный рак печени, метастатическое поражение печени из НПО.

Задача №125

Пациентка Е., 45 лет, доставлена в приемное отделение больницы №7 бригадой скорой помощи с жалобами на сильную головную боль, неукротимую рвоту. При осмотре: дезориентирована в ситуации, критика снижена, имеются элементы афазии, правосторонний гемипарез, вторичная стволовая симптоматика. Со слов родственников известно, что пациентка длительное время наблюдалась у онколога по месту жительства, однако заболевание свое от них скрывала. Документальных подтверждений онкологического заболевания нет.

Какова неотложная лечебная тактика при данной симптоматике? Приведите схему диагностического поиска? Какой диагноз можно поставить на данном этапе?

Ответ. Лечебная тактика направлена на устранения симптомов отека мозга: дексаметазон или преднизолон, диуретики. Маммография + УЗИ молочных желез, УЗИ щитовидной железы, УЗИ брюшной полости и органов малого таза, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, онкомаркеры, КТ или МРТ головного мозга. 3. Метастатическое поражение головного мозга из НПО.

Задача №126

Пациент В., 20 лет, водитель, обратился к неврологу в городскую поликлинику с жалобами на боли в области поясничного отдела позвоночника. После осмотра неврологом был поставлен диагноз: поясничный остеохондроз и назначено физиотерапевтическое лечение. Однако спустя 2 месяца пациент вновь обратился к неврологу с жалобами на усиление болей в поясничной области, уплотнение кожи по ходу поясничных позвонков, периодическое чувство онемения нижних конечностей. Пациент направлен на консультацию онколога в районный онкологический диспансер.

О каком диагнозе можно думать исходя из клинической картины? Какова диагностическая тактика онколога районного онкологического диспансера? Какие принципы хирургического лечения данной патологии вы знаете?

Ответ. Первичная или метастатическая опухоль позвоночника. Верификация диагноза: Рентгеновское исследование поясничного отдела позвоночника с возможным выполнением диагностической пункционной тонкоигольной биопсии для цитологического исследования, сканирование костей скелета, УЗИ органов брюшной полости и органов малого таза, щитовидной железы, грудных желез, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, МРТ поясничного отдела позвоночника. Декомпрессию спинного мозга и его корешков; удаление опухоли; ликвидацию корешковых болей.

Задача №127

Пациентка Д., 65 лет, обратилась к неврологу в городскую поликлинику с жалобами на появление болей в грудном отделе позвоночника. При осмотре неврологической симптоматики не выявлено. Пациентка направлена на рентгенологическое исследование грудного отдела позвоночника. Заключение: специфическое поражение Th7-8, вероятнее всего метастатической природы.

С каким еще заболеванием нужно дифференцировать данный диагноз? Приведите принципы диагностического поиска первичной опухоли? Опухоли какой локализации, вероятнее всего, могут метастазировать в позвоночник?

Ответ. С первичными опухолями позвоночника. Маммография + УЗИ молочных желез, УЗИ щитовидной железы, УЗИ брюшной полости и органов малого таза, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, онкомаркеры. Опухоли молочных желез, щитовидной железы, рак легкого, меланома кожи.

Задача №128

К терапевту в городскую поликлинику обратился пациент Т., 25 лет, с жалобами на повышение Т тела до 37,5 к вечеру, слабость, потливость в течении месяца. В общем анализе крови: Эритроц. 4,83; Гем. 10,0; Лей. 8,5; СОЭ 16. В общем анализе мочи: Цв. сол.-желтый; Уд. вес 1020; Белок нет. В Биохим. анализе крови: глюкоза вен. 4 ммоль/л; АЛТ 27,9 Ед/л; общий бил. 12 мкмоль/л; креатинин 63 мкмоль/л; общий белок 72,5 г/л. Терапевтом поставлен диагноз ОРВИ и назначено симптоматическое лечение. Однако в течение следующей недели симптоматика нарастала: появилась выраженная слабость, боли в костях, олигоурия, пациент резко похудел.

О каких диагнозах можно думать исходя из клинической картины болезни? Какие исследования нужно провести для постановки диагноза?

Ответ. Лимфогранулематоз, хронический лейкоз, миеломная болезнь. Стернальная пункция.

Задача №129

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

рентгенологическая картина рака левой и правой молочной желез.

Определите дальнейшую диагностическую тактику маммолога? Поставьте предварительный диагноз данной пациентке?

Ответ. Выполнение диагностической пункционной тонкоигольной биопсии для верификации диагноза, УЗИ регионарных лимфоузлов, органов брюшной полости и органов малого таза, рентгенологическое исследование легких, сканирование костей скелета. Первично-множественный синхронный рак молочных желез.

Задача №130

К гинекологу в городскую поликлинику обратилась пациентка Ю., 48 лет, с жалобами на кровянистые выделения из половых путей вне менструации. Из анамнеза: 3 года назад оперирована по поводу рака левой молочной железы T2N2M0, III A стадии в объеме радикальная мастэктомия слева с сохранением грудных мышц. От дальнейшего предложенного лечения (химиотерапия, гормонотерапия, лучевая терапия) пациентка отказалась. В последующие 3 года после операции не наблюдалась.

Определите дальнейшую диагностическую тактику гинеколога? О каком предположительном диагнозе может идти речь?

Ответ. Осмотр (бимануально и в зеркалах), гистероскопия с забором материала для цитологического и гистологического исследований, трансвагинальное УЗИ матки, яичников, УЗИ брюшной полости, регионарных лимфоузлов, маммографическое исследование оставшейся молочной железы, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, сканирование костей скелета. Первично-множественный метакронный рак: рак левой молочной железы T2N2M0, III A стадия, рак тела матки.

Задача №131

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

О каких синдромах можно думать, исходя из анамнестических и клинических данных заболевания? Какова дальнейшая тактика онколога?

Ответ. Синдром семейного (наследственного) рака молочной железы и яичников (ССРМЖЯ) ("hereditary breast-ovarian cancer" — HBOC), синдром Пейтца-Йегерса (СПЙ). Рекомендовать пациентке проведение генетического исследования по выявлению мутации генов BRCA1 и BRCA2, постоянное наблюдение у онколога-маммолога.

Перечень тестовых заданий

Развитие злокачественной опухоли происходит в три этапа. Какова последовательность этапов?

- а) прогрессия, инициация, промоция
- б) инициация, промоция, прогрессия
- в) инициация, прогрессия, промоция
- г) промоция, прогрессия, инициация

Структура генома человека была расшифрована в

- а) 1995 году
- б) 1999 году
- в) 2000 году
- г) 2001 году
- д) пока еще не расшифрована

Онкогены представляют собой

- а) гены, внесенные в клетку чужеродным вирусом
- б) гены, возникшие из нормальных клеточных генов
- в) оба ответа правильны
- г) оба ответа неправильны

В возникновении злокачественной трансформации клеток наибольшую роль играет

- а) активация протоонкогенов
- б) нарушение функции онкогенов
- в) активация генов-супрессоров
- г) нарушение функции генов-супрессоров
- д) активация мутаторных генов

Какой из генов останавливает деление клетки с поврежденной ДНК?

- а) протоонкоген HER2
- б) протоонкоген группы RAS
- в) супрессорный ген BRCA
- г) супрессорный ген p53

Канцерогенным действием обладают (отметьте все правильные ответы)

- а) полициклические ароматические углеводороды
- б) нитрозамины
- в) углеводы
- г) витамины группы А и С
- д) некоторые лекарственные препараты

Хронические заболевания, на почве которых почти всегда развивается рак, называют

- а) факультативным предраком
- б) облигатным предраком
- в) раком *in situ*
- г) инвазивным раком

О дисплазии эпителиальной ткани судят на основании

- а) клинических признаков
- б) данных рентгенологического исследования
- в) данных компьютерной томографии
- г) цитологического или гистологического исследования

Метаплазией эпителия называют

- а) пролиферацию без клеточного полиморфизма и без митозов
- б) резко выраженную пролиферацию с атипией части пролиферирующих клеток
- в) резко выраженную пролиферацию с атипией большинства клеток
- г) пролиферацию с приобретением клетками структуры и свойств иной ткани

Рак *In situ* означает

- а) патологически измененный участок ткани с изолированными атипическими клетками или их скоплениями, не прорастающими базальную мембрану.
- б) патологически измененный участок ткани с изолированными атипическими клетками или их скоплениями, прорастающими базальную мембрану.
- в) раковую опухоль 1-й стадии
- г) все перечисленное

Под инвазивным раком понимают:

- а) патологически измененный участок ткани с изолированными атипическими клетками или их скоплениями, не прорастающими базальную мембрану.
- б) патологически измененный участок ткани с изолированными клетками или их скоплениями, прорастающими базальную мембрану.
- в) все перечисленное
- г) ни то, ни другое

Экзофитным раком полого органа называют опухоли, растущие

- а) в виде узла вне просвета полого органа
- б) в виде узла в просвет полого органа
- в) в подслизистом слое
- г) применительно к внутренним органам термин не применяется

Экзофитный рак отличается от эндофитного (дайте 3 правильных ответа)

- а) злокачественным течением
- б) доброкачественным течением
- в) ранним и бурным метастазированием
- г) поздним и редким метастазированием
- д) худшим прогнозом
- е) лучшим прогнозом

Рак *in situ* (укажите 2 правильных ответа)

- а) часто метастазирует
- б) практически не метастазирует
- в) вызывает деструкцию окружающих тканей
- г) не вызывает деструкции окружающих тканей

Для инвазивного рака характерно (укажите 2 правильных ответа)

- а) способность к метастазированию
- б) отсутствие способности к метастазированию
- в) прорастание базальной мембраны
- г) отсутствие прорастания базальной мембраны

Ко I б стадии рака относятся опухоли

- а) менее 2 см в диаметре без метастазов в лимфатические узлы
- б) от 2 до 5 см в диаметре без метастазов в лимфатические узлы
- в) менее 5 см в диаметре с одиночными метастазами в лимфатические узлы
- г) от 1 до 3 см в диаметре с множественными метастазами в лимфатические узлы

Рак IIIa стадии по системе TNM обозначают

- а) T2N1M0
- б) T2N2M0
- в) T3N0M0
- г) T3N0M1

Типичные симптомы рака пищевода патогенетически обусловлены феноменом

- а) обтурации
- б) деструкции
- в) компрессии
- г) интоксикации

Наиболее характерные симптомы рака пилорического отдела желудка

патогенетически обусловлены феноменом

- а) обтурации
- б) деструкции
- в) компрессии
- г) интоксикации

Для рака наиболее характерно

- а) внезапное острое начало
- б) постепенное развитие симптомов заболевания на протяжении 5-10 лет
- в) течение с ремиссиями и обострениями
- г) постепенное развитие симптомов в течение нескольких недель или месяцев

Феномен деструкции объясняет появление наиболее характерных симптомов при раке

- а) печени
- б) желудка
- в) прямой кишки
- г) молочной железы

Для болевого синдрома при раке наиболее характерно

- а) острое начало
- б) периодическое усиление и ослабление
- в) постепенное начало и постепенное нарастание
- г) нет типичных особенностей

Симптомы, обусловленные феноменом компрессии, характерны для рака

- а) молочной железы
- б) тела поджелудочной железы
- в) шейки матки
- г) прямой кишки

Доступная пальпации злокачественная опухоль характеризуется (отметьте два правильных ответа)

- а) плотной консистенцией
- б) мягкой консистенцией
- в) гладкой поверхностью
- г) бугристой поверхностью

При каких из перечисленных злокачественных новообразований сравнительно часто наблюдается лихорадка? (отметьте 3 правильных ответа)

- а) рак легкого
- б) рак толстой кишки
- в) рак молочной железы
- г) рак нижней губы
- д) лимфогранулематоз

Для рака типично

- а) острое начало заболевания
- б) продолжительность симптомов на протяжении 3-7 дней
- в) продолжительность симптомов в течение нескольких недель или месяцев
- г) продолжительность симптомов в течение 2-х и более лет

Для рака пилорического отдела желудка характерно (отметьте 2 правильных ответа)

- а) боль в области пупка
- б) положительный симптом Ортнера
- в) шум плеска в эпигастральной области
- г) рвота съеденной пищей

При профилактической флюорографии обнаружена округлая тень диаметром 3 см в нижней доле правого легкого. На флюорограмме, сделанной в предыдущем году, тени

не было. О каком заболевании нужно думать?

- а) абсцесс легкого
- б) очаговая пневмония
- в) рак легкого
- г) доброкачественная опухоль

Какой из перечисленных терминов употребляется для обозначения тени опухоли при рентгенологическом исследовании полого органа?

- а) круглая тень
- б) дефект наполнения
- в) дефект накопления
- г) любой термин из перечисленных терминов может использоваться

К числу основных рентгенологических признаков рака полых органов не относится

- а) дефект наполнения
- б) отсутствие перистальтики на участке поражения
- в) обрыв складок слизистой оболочки
- г) дефект накопления
- д) деформация контура

Какой из перечисленных показателей состояния крови наиболее характерен для злокачественных опухолей?

- а) анемия
- б) повышенное СОЭ
- в) лимфоцитопения
- г) невысокий лейкоцитоз

Какая из перечисленных иммунологических проб может быть использована для скрининга на гепатоцеллюлярный рак печени?

- а) реакция Абелева-Татаринова
- б) РЭА
- в) СА12.5
- г) СА15,3
- д) РБА

При каком из перечисленных новообразований пункция может привести к быстрому метастазированию?

- а) рак нижней губы
- б) меланома
- в) рак молочной железы
- г) костная саркома

Под термином «радикальная» операция понимают

- а) удаление основной массы опухоли
- б) удаление части или всего пораженного органа без регионарных лимфатических узлов
- в) удаление части или всего пораженного органа в пределах анатомической зоны
- г) удаление части или всего пораженного органа с регионарными лимфатическими узлами, но с оставлением отдаленных метастазов

Эксплоративной называют операцию, при которой

- а) пораженные органы удалены по онкологическим правилам
- б) пораженный орган удален с оставлением части опухоли
- в) опухоль не удалена, но операция ликвидировала вызванные ею тяжелые нарушения
- г) операция ограничилась констатацией неоперабельности процесса

При какой из перечисленных злокачественных опухолей используются преимущественно комбинированный и комплексный методы лечения?

- а) рак кожи
- б) рак желудка
- в) рак молочной железы

г) лимфогранулематоз

Чисто лучевое лечение редко применяют при раке

а) кожи

б) раке пищевода

в) молочной железы

г) шейки матки

Рентгенотерапия применяется для лечения рака

а) кожи

б) легкого

в) молочной железы

г) в онкологии не применяется

Лучевая терапия легче переносится больными при

а) мелком фракционировании

б) среднем фракционировании

в) крупном фракционировании

г) фракционирование дозы роли не играет

Радиоактивное излучение повреждает в первую очередь

а) активно пролиферирующие клетки злокачественной опухоли

б) жизнеспособные клетки, временно не участвующие в процессе деления

в) клетки, не способные к возобновлению клеточного цикла

г) некротизированные клетки

Для лечения злокачественных новообразований в настоящее время широко используются химиопрепараты: (отметьте 3 правильных ответа)

а) производные платины

б) 5-фторурацил,

в) адриамицин

г) тиофосфамид

Антиэстрогенным действием обладает

а) метилтестостерон

б) золадекс

в) тамоксифен

г) винбластин

Высокой чувствительностью к химиотерапии обладает

а) рак печени

б) мелкоклеточный рак легкого

в) плоскоклеточный рак легкого

г) рак щитовидной железы

Нередко химиотерапию назначают после оперативного лечения. Такая химиотерапия называется:

а) адьювантной

б) неоадьювантной

в) комплексной

г) специальным термином не обозначается

Неоадьювантная химиотерапия существенно улучшает отдаленные результаты лечения больных

а) раком желудка

б) раком пищевода

в) раком печени

г) костными саркомами

Общее токсическое воздействие химиопрепараты чаще всего оказывают на (отметьте 2 правильных ответа)

а) костный мозг

- б) эпителий желудочно-кишечного тракта
- в) сердечно-сосудистую систему
- г) органы дыхания

Химиотерапия при раке противопоказана (отметьте любое количество правильных ответов)

- а) беременным в первом триместре беременности
- б) больным декомпенсированным сахарным диабетом
- в) больным в состоянии кахексии
- г) по усмотрению химиотерапевта

Для получения устойчивого эффекта

- а) достаточно одного курса химиотерапии
- б) необходимы два курса химиотерапии
- в) необходимо 3-6 курсов химиотерапии
- г) необходимо не менее 7-10 курсов химиотерапии

Интервалы между курсами химиотерапии не должны превышать

- а) 2 недели
- б) 1 мес.
- в) 2 мес.
- г) 3 мес.

Максимальное токсическое действие химиопрепаратов на гемопоэз проявляется чаще всего на

- а) второй – шестой день лечения
- б) седьмой – четырнадцатый дни
- в) через 3-4 недели
- г) спустя 1-3 мес.

Хронический болевой синдром у онкологических больных наиболее часто развивается при

- а) метастазах в кости
- б) метастазах в легкие
- в) раке желудка
- г) раке печени

Противоболевое лечение при запущенных формах злокачественных новообразований следует начинать

- а) при появлении первых болевых ощущений «
- б) при боли, не дающей возможности спокойно спать
- в) при очень сильных болях
- г) по усмотрению врача

Какой препарат следует назначить при хронической боли слабой интенсивности?

- а) аспирин
- б) кодеин
- в) морфин
- г) трамал

При хроническом болевом синдроме у больных с запущенными формами злокачественных новообразований анальгетики назначают

- а) перед сном
- б) при появлении сильной боли
- в) при первых болевых ощущениях
- г) строго по часам, независимо от появления боли

С какой периодичностью при интенсивном хроническом болевом синдроме нужно принимать морфин в таблетках?

- а) перед сном
- б) при появлении сильной боли)

в) каждые четыре часа

г) два раза в сутки

Заболеваемость злокачественными новообразованиями исчисляют

а) из числа больных, обратившихся на приём в поликлинику в течение дня

б) из числа больных, лечившихся в стационаре в течение года

в) на сто тысяч населения, проживающего на данной территории

г) на десять тысяч населения, проживающего на данной территории

Стандартизованный показатель позволяет исключить влияние на уровень заболеваемости злокачественными новообразованиями

а) климатических особенностей территории

б) возрастного состава населения

в) особенностей питания населения

г) социально-бытовых условий и вредных привычек

Для сравнения уровня заболеваемости в различных областях страны используют

а) мировой стандарт

б) европейский стандарт

в) российский стандарт

г) среднеобластной стандарт исследуемой области

Уровень заболеваемости в промышленно развитых странах по сравнению с развивающимися странами

а) выше

б) ниже

в) одинаков

г) выше у мужчин, ниже у женщин

Россия относится к числу стран, характеризующихся уровнем заболеваемости

а) одним из наиболее высоких в мире

б) одним из наиболее низких в мире

в) близким к среднеевропейским показателям

г) близким к показателям в развивающихся странах

Заболеваемость злокачественными новообразованиями в России

а) повышается у лиц обоего пола

б) повышается только у мужчин

в) остается на одном уровне

г) снижается у мужчин

В России повышается заболеваемость раком (отметьте все правильные ответы)

а) легкого

б) молочной железы

в) желудка

г) ободочной кишки

В России снижается заболеваемость (отметьте все правильные ответы)

а) раком нижней губы

б) раком желудка

в) раком кожи

г) меланомой кожи

Укажите 3 наиболее частые злокачественные опухоли в России у лиц обоего пола.

а) рак желудка

б) рак молочной железы

в) рак легкого

г) рак кожи

д) рак ободочной кишки

Укажите 3 наиболее частых вида злокачественных опухолей у мужчин в России.

а) рак желудка

- б) рак предстательной железы
- в) рак легкого
- г) рак кожи
- д) рак прямой кишки

Укажите 3 наиболее частых вида злокачественных опухолей у женщин в России,

- а) рак желудка
- б) рак молочной железы
- в) рак тела матки
- г) рак шейки матки
- д) рак кожи

Злокачественные опухоли наиболее часто возникают в возрасте

- а) у детей
- б) 20-39 лет
- в) 40-59 лет
- г) 60-69 лет
- д) старше 70 лет

Злокачественные опухоли чаще возникают

- а) у мужчин
- б) у женщин
- в) с одинаковой частотой у лиц обоего пола
- г) закономерностей нет, зависит от ежегодных колебаний

Правильно ли утверждение, что в последние годы «рак помолодел»?

- а) да
- б) нет
- в) судить невозможно

Смертность от злокачественных новообразований в России в последнее десятилетие

- а) повышается у лиц обоего пола
- б) повышается только у мужчин
- в) остается на одном уровне
- г) снижается у лиц обоего пола

Наибольшая концентрация канцерогенных веществ содержится в

- а) консервированных мясных продуктах
- б) табачном дыме
- в) атмосферном воздухе вблизи промышленных предприятий
- г) пиве

Какой процент злокачественных новообразований обусловлен факторами питания

- а) менее 10%
- б) от 10% до 25%
- в) от 30% до 35%
- г) более 45%

При каком способе обработки и сохранения продуктов замедляется образование нитрозаминов из нитритов и нитратов?

- а) солении
- б) пережаривании
- в) замораживании
- г) копчении

Частое потребление консервированных продуктов, копченостей, солений и маринадов ведет к росту заболеваемости раком

- а) молочной железы
- б) желудка
- в) толстой кишки
- г) пищевода

Малое содержание в пище грубой клетчатки повышает риск рака

- а) молочной железы
- б) желудка
- в) толстой кишки
- г) пищевода

Злоупотребление крепкими алкогольными напитками повышает риск возникновения рака (отметьте все правильные ответы)

- а) молочной железы
- б) желудка
- в) печени
- г) нижней губы

Влияние ионизирующей радиации на возникновение злокачественных новообразований в наибольшей степени сказывается у

- а) детей
- б) лиц в возрасте 20-40 лет
- в) лиц в возрасте 45-60 лет
- г) старше 60 лет

Ультрафиолетовое излучение повышает риск (отметьте 2 правильных ответа)

- а) рака легкого
- б) рака кожи
- в) рака молочной железы
- г) меланомы

Ингибиторами канцерогенеза являются (отметьте все правильные ответы)

- а) белки
- б) молочные продукты
- в) витамины А и С
- г) грубая плохо перевариваемая клетчатка

Смотровые кабинеты организуются в

- а) женских консультациях
- б) поликлиниках для взрослых
- в) детских поликлиниках
- г) участковых больницах

Обследованию в смотровом кабинете подвергаются

- а) женщины в возрасте 20-50 лет
- б) все женщины, независимо от возраста
- в) только больные гинекологическими заболеваниями
- г) женщины старше 30 лет

В смотровом кабинете проводятся все перечисленные обследования, кроме

- а) обследования молочных желез
- б) бимануального влагалищного обследования
- в) обследования шейки матки в зеркалах
- г) кольпоскопии
- д) взятия мазков из шейки матки для цитологического исследования

В пульмонологическую комиссию материалы специального обследования больного может направить

- а) только зав. терапевтическим отделением
- б) начмед лечебного учреждения
- в) любой врач
- г) консилиум врачей

К какой клинической группе относится больной, излеченный от злокачественного новообразования?

- а) Ia

- б) 16
- в) II
- г) III
- д) IV

К какой клинической группе относится больная с фиброаденомой молочной железы?

- а) Ia
- б) 16
- в) II
- г) Па

К какой клинической группе относится больной, у которого подозревается злокачественное новообразование?

- а) Iй
- б) 16
- в) II
- г) Па
- д) III

К какой клинической группе относится больной раком кожи 2-ой стадии?

- а) Ia
- б) 16
- в) II
- г) Па
- д) III

К какой клинической группе относится больной, у которого обнаружен рак желудка с Вирховскими метастазами?

- а) 16
- б) II
- в) Па
- г) III
- д) IУ

Какую документацию должен заполнить врач поликлиники, диагностировавший рак молочной железы 26 стадии?

- а) извещение о впервые выявленном больном злокачественным новообразованием
- б) контрольную карту диспансерного наблюдения
- в) выписку из медицинской карты стационарного больного со злокачественной опухолью
- г) протокол о выявлении у больной запущенной формы злокачественного новообразования

Женщина 35 лет год назад оперирована по поводу фиброаденомы молочной железы. Как пациентка 16 клинической группы регулярно проходила в территориальной поликлинике контрольные осмотры. Вы - хирург проводили осмотры, поскольку онколога и маммолога в поликлинике нет. Явилась на очередной осмотр. При обследовании рецидива опухоли и другой патологии в молочных железах не найдено. Ваша тактика?

- а) назначить очередной контрольный осмотр через 6 мес.
- б) назначить очередной контрольный осмотр через 1 год
- в) снять с учета в связи с излечением
- г) направить в онкологический диспансер для снятия с учета

На протяжении какого времени должно осуществляться диспансерное наблюдение за больным, излеченным от злокачественной опухоли?

- а) в течение 3 лет
- б) в течение 5 лет
- в) в течение 10 лет
- г) в течение всей жизни

С какой периодичностью должен проходить контрольные осмотры пациент,

излеченный от злокачественного новообразования?

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

При направлении на консультацию в онкологический диспансер больному, у которого подозревается наличие рака, следует выдать на руки (отметьте 3 правильных ответа)

- а) детальное описание биохимических и других лабораторных исследований
- б) рентгенограммы, эхограммы, сканограммы и др. материалы, подтверждающие результаты специальных исследований,
- в) микропрепараты и блоки, если производилось гистологическое исследование
- г) больным с патологией легких рентгенограммы или флюорограммы за предыдущие годы

Термином индивидуальные онкологические профилактические осмотры обозначают

- а) осмотр здорового населения с целью раннего выявления рака и предраковых заболеваний
- б) осмотр значительных контингентов здоровых людей группой врачей разных специальностей, включая онколога
- в) осмотр людей, обратившихся в поликлинику или госпитализированных в стационар по поводу любого не онкологического заболевания
- г) осмотр здорового населения силами средних медицинских работников

В России скрининг на злокачественные опухоли производится с целью выявления рака (отметьте 4 правильных ответа)

- а) молочной железы
- б) женских половых органов
- в) кожи и нижней губы
- г) пищевода
- д) печени
- е) легкого

Плановые профилактические осмотры врачами здорового населения с целью выявления рака и предраковых заболеваний называют

- а) комплексными
- б) целевыми
- в) индивидуальными
- г) двухстепенными

У больного диагностирован рак желудка. Доказывая необходимость оперативного лечения, врач заявил, что иначе рак не излечить. Оправдано ли такое сообщение?

- а) да
- б) нет
- в) да, но объяснить важность своевременного лечения и разъяснить последствия отказа от него

Больной раком временно отказывается от поездки на лечение в онкологический диспансер из-за неотложных домашних дел. Как поступить участковому врачу?

- а) настоять на срочной поездке на лечение независимо от локализации опухоли
- б) не настаивать на срочной поездке, предоставив решение на усмотрение больного
- в) при раке кожи или нижней губы не настаивать на срочной поездке
- г) настоять на срочной поездке при раке внутренних органов

У больного обнаружен рак легкого. По рассказу дочери, жена больного недавно перенесла инфаркт миокарда. Следует ли рассказывать ей о заболевании мужа?

- а) да
- б) нет
- в) на усмотрение ближайших родственников

Рак кожи среди злокачественных опухолей в России по частоте занимает место

- а) первое
- б) второе
- в) третье
- г) в первую тройку не входит

Наиболее высокая заболеваемость раком кожи регистрируется у людей в возрасте

- а) 40-49 лет
- б) 50-59 лет
- в) 60-69 лет
- г) 50-69 лет
- д) старше 70

**При прочих равных условиях вероятность возникновения рака кожи выше
(отметьте 2 правильных ответа)**

- а) у жителей южных областей
- б) у жителей северных областей
- в) у людей со светлой кожей
- г) у людей с темной кожей

Рак кожи встречается чаще у (отметьте 3 правильных ответа)

- а) рыбаков
- б) людей, работающих с асбестом
- в) людей, работающих с горюче-смазочными материалами
- г) людей, работающих с углем и сажой

Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению

- а) рака кожи
- б) рака легкого
- в) рака щитовидной железы
- г) для развития рака роли не играет

Облигатным предраком кожи является

- а) старческий актинический кератоз
- б) кожный рог
- в) пигментная ксеродерма
- г) поздние лучевые язвы

На прием пришел больной 60 лет, у которого на лице имеется ороговевшее образование, выступающее в виде конуса. Ваш предварительный диагноз?

- а) папиллома кожи
- б) кератоакантома
- в) рак кожи
- г) старческая кератома
- д) кожный рог

Профилактика злокачественных новообразований кожи включает (отметьте 3 правильных ответа)

- а) ограничение потребления жира и поваренной соли
- б) применение питательных кремов людьми с сухой кожей
- в) недопущение избыточной инсоляции у людей пожилого возраста
- г) диспансерное наблюдение за работающими с углеводородом и продуктами перегонки нефти

Наиболее частой гистологической формой злокачественных новообразований кожи является

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

Медленным ростом и очень редким метастазированием характеризуется

- а) базальноклеточный рак кожи
- б) плоскоклеточный ороговевающий рак кожи
- в) плоскоклеточный неороговевающий рак кожи
- г) все виды рака кожи

Плоскоклеточный рак кожи наиболее часто развивается

- а) на фоне предраковых заболеваний кожи
- б) на здоровой коже
- в) закономерности не существует

К какой стадии относится рак кожи размером 0,5 см с одним метастазом в лимфатический узел?

- а) к первой
- б) ко второй
- в) к третьей
- г) к четвертой

Поверхностная форма рака кожи имеет вид

- а) участка инфильтрации
- б) возвышающейся над кожей бляшки
- в) экзофитной опухоли
- г) изъязвления

Инфильтрирующую форму рака кожи можно принять за

- а) старческую кератому
- б) болезнь Боуэна
- в) пигментную ксеродерму
- г) длительно незаживающую язву

Для рака кожи характерны признаки (отметьте 2 правильных ответа)

- а) мягкая консистенция
- б) твердая консистенция
- в) валикообразные края
- г) красноватый цвет краев

Какие из перечисленных признаков не являются характерными для рака на рубце? (отметьте 2 правильных ответа)

- а) уплотнение рубца
- б) сильная боль
- в) изъязвление и кровоточивость
- г) папилломатозные разрастания
- д) кожный зуд

В клинический минимум обследования при подозрении на рак кожи входят (отметьте 3 правильных ответа)

- а) общий анализ крови
- б) биохимическое исследование крови
- в) рентгеноскопия (или флюорография) грудной клетки
- г) томография легких
- д) взятие мазков-отпечатков или биопсия пораженного участка

У больного рак кожи лица 1 стадии. Какое лечение не может быть использовано?

- а) близкофокусная Ro-терапия
- б) криотерапия
- в) телегамматерапия
- г) лазерная деструкция

У больного рак кожи лица 2 стадии. Какой метод лечения выбрать?

- а) электрохирургическую эксцизию опухоли
- б) близкофокусную Ro-терапию

- в) телегамматерапию
- г) перечисленные методы равноценны

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

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

Какой процент больных излечивается при 1-й стадии рака кожи?

- а) 50-60%
- б) 75-80%
- в) 85-90%
- г) 95-100%

Раком нижней губы чаще заболевают жители

- а) крупных городов
- б) небольших городских поселений
- в) сельской местности
- г) различий в заболеваемости нет

Наиболее высокая заболеваемость раком нижней губы наблюдается у

- а) мужчин в возрасте 40-59 лет
- б) мужчин старше 60 лет
- в) женщин в возрасте 40-59 лет
- г) женщин старше 60 лет

На возникновение рака нижней губы не влияет

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

Мерой профилактики рака нижней губы является

- а) санация полости рта
- б) увеличении приёма растительной пищи
- в) ограничение мясных блюд
- г) отказ от использования губной помады

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

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

Клинический минимум обследования на рак нижней губы состоит из (отметьте 2 правильных ответа)

- а) рентгенологического исследования легких
- б) УЗИ
- в) термографии
- г) морфологического исследования пораженного участка

Клиновидное иссечение рака нижней губы

- а) в качестве радикального лечения применяется только при раке первой стадии
- б) только при радиорезистентных формах
- в) только с целью гистологического подтверждения диагноза
- г) только в сочетании с химиотерапией

Контрольные осмотры лиц, излеченных от рака нижней губы, производят в сроки

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

Заболеваемость раком слизистой полости рта в России?

- а) повышается
- б) снижается
- в) держится на одном уровне

Раком слизистой полости рта чаще болеют

- а) мужчины
- б) женщины
- в) мужчины и женщины заболевают с одинаковой частотой

На возникновение рака слизистой полости рта не оказывает влияния

- а) злоупотребление алкоголем
- б) курение
- в) травмирование слизистой кариозными зубами
- г) жирная пища

В полости рта рак чаще локализуется на слизистой

- а) щеки
- б) дна полости рта
- в) языка
- г) альвеолярного отростка верхней челюсти

Боль при раке полости рта

- а) отсутствует
- б) отсутствует только на ранних стадиях
- в) проявляется только в виде чувства жжения
- г) всегда беспокоит больного

Рак полости рта чаще всего имеет вид

- а) экзофитного бугристого легко кровоточащего образования
- б) экзофитного образования с папиллярными разрастаниями
- в) плотного инфильтрата
- г) язвы плотной консистенции с возвышающимися краями

Наиболее характерной особенностью рака полости рта является

- а) наличие бугристого образования
- б) наличие изъязвленного образования
- в) болезненность при пальпации очага поражения
- г) плотная консистенция очага поражения

Окончательный диагноз рака полости рта устанавливают путем

- а) осмотра очага поражения
- б) пальпации очага поражения
- в) рентгенологического исследования
- г) цитологического или гистологического исследования

Для лечения рака слизистой полости рта наиболее часто применяют

- а) хирургическое вмешательство
- б) лучевую терапию
- в) химиотерапию

Заболеваемость раком щитовидной железы

- а) повышается
- б) снижается
- в) остается на одном уровне
- г) повышается у женщин, снижается у мужчин

Рак щитовидной железы возникает

- а) у мужчин чаще, чем у женщин в 2 раза
- б) у мужчин чаще, чем у женщин в 3-5 раз
- в) у мужчин и женщин с одинаковой частотой
- г) у мужчин реже, чем у женщин в 3-5 раз

На вероятность возникновения рака щитовидной железы не влияет

- а) недостаток йода
- б) радиоактивное излучение
- в) зоб
- г) курение

Какой из гистологических вариантов рака щитовидной железы встречается наиболее часто

- а) фолликулярный рак
- б) медулярный рак
- в) папиллярный рак
- г) недифференцированный рак

Зависят ли прогноз и отдаленные результаты лечения от гистологического строения опухоли?

- а) зависят
- б) не зависят
- в) четких закономерностей нет

Рак щитовидной железы при пальпации обычно определяется в виде

- а) плотного безболезненного узла
- б) плотного болезненного узла
- в) узла с размягчением в центральной части
- г) диффузного уплотнения

Клинический минимум при подозрении на рак щитовидной железы не включает

- а) пункцию железы или увеличенного лимфатического узла
- б) ультразвуковое исследование
- в) изотопное сканирование
- г) рентгенологическое исследование грудной клетки

Радикальным методом лечения рака щитовидной железы служит

- а) оперативное вмешательство
- б) лучевая терапия
- в) химиотерапия

В России у женщин среди злокачественных опухолей рак молочной железы по частоте занимает место

- а) первое
- б) второе
- в) третье
- г) в число трех наиболее частых злокачественных опухолей не входит

Регионарными лимфатическими узлами молочной железы являются (отметьте 2 правильных ответа)

- а) подмышечные
- б) надключичные
- в) окологрудные (парастернальные)
- г) подчелюстные

Заболеваемость раком молочной железы

- а) повышается
- б) стабилизировалась
- в) снижается
- г) четких закономерностей нет

Каково влияние на эпителий молочной железы избыточной продукции эстрогенов?

- а) уменьшают пролиферативные процессы
- б) усиливают пролиферативные процессы
- в) усиливают пролиферативные процессы, способствует возникновению мастопатии и рака
- г) на эпителий молочной железы не влияют

В возникновении рака молочной железы не играет роли нарушение функций

- а) яичников
- б) печени
- в) желудочно-кишечного тракта
- г) гипоталамо-гипофизарной области

Риск рака молочной железы не повышен у женщин

- а) с фолликулярными кистами яичников
- б) с нарушением половой и детородной функции
- в) много рожавших
- г) нерожавших или имевших поздние первые роды

Мерами первичной профилактики рака молочной железы служит излечение (отметьте 3 правильных ответа)

- а) хронических заболеваний придатков матки
- б) хронических заболеваний шейки матки
- в) воспалительных заболеваний молочной железы
- г) нарушений функций печени
- д) мастопатии

Риск рака молочной железы уменьшается при потреблении

- а) большого количества животных жиров
- б) большого количества белков
- г) большого количества углеводов
- д) большого количества овощей и фруктов, богатых витамином А

Болевые ощущения в молочной железе характерны для

- а) болезни Минца
- б) фиброаденомы
- в) рака молочной железы
- г) диффузной мастопатии

Как называется заболевание грудной железы у мужчин, характеризующееся пролиферацией эпителия, набуханием и уплотнением ткани околососкового круга?

- а) аденоз
- б) гинекомастия
- в) мастопатия
- г) у мужчин такого заболевания не существует

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

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

Для лечения диффузной мастопатии применяют (отметьте 3 правильных ответа)

- а) гепатотропные препараты
- б) витаминотерапию
- в) секторальную резекцию молочной железы
- г) микродозы йодистого калия
- д) лучевую терапию

Секторальная резекция молочной железы показана:

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

Типичным симптомом внутрипротоковой папилломы является

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

Среди доброкачественных опухолей молочной железы, преобладающей является

- а) липома
- б) фиброма
- в) аденома
- г) фиброаденома

Какими двумя особенностями характеризуется фиброаденома?

- а) округлой формой
- б) инфильтрирующим ростом без метастазов
- в) экспансивным ростом
- г) болезненностью при пальпации
- д) поздним метастазированием

При доброкачественных опухолях молочной железы применяется лечение

- а) ампутация молочной железы
- б) секторальная резекция
- в) лучевое лечение
- г) лекарственное лечение

Рак молочной железы метастазирует преимущественно

- а) лимфогенно
- б) гематогенно
- в) имплантационно
- г) все пути метастазирования равнозначны

Отдаленные метастазы рака молочной железы чаще всего локализуются

- а) в средостении
- б) в костях
- в) в почках
- г) в надпочечниках

Метастаз рака молочной железы в один лимфатический узел при оценке стадии обозначают буквой

- а) «а»
- б) «б»
- в) «в»
- г) метастазы в лимфатические узлы буквами не обозначаются

Рак молочной железы диаметром 2,5 см без поражения регионарных лимфатических узлов по Российской классификации относят к стадии:

- а) первой
- б) 2а
- в) 2б
- г) 3а
- д) 3б

Рак молочной железы 2б стадии характеризуется:

- а) отсутствием метастазов в лимфатические узлы
- б) метастазами в подмышечные лимфатические узлы

- в) метастазами в надключичные лимфатические узлы
- г) метастазами в регионарные лимфатические узлы противоположной стороны

Рак молочной железы чаще всего представляет собой

- а) болезненный узел
- б) безболезненный узел
- в) язву с плотными краями
- г) обширный инфильтрат

Наиболее частой клинической формой рака молочной железы является

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

К кожным симптомам рака молочной железы не относится симптом

- а) морщинистости
- б) площадки
- в) Кенига
- г) лимонной корки

В молочной железе безболезненное уплотнение размером 2х2 см, положителен симптом «втяжения». Каков Ваш предварительный диагноз?

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

Регионарные лимфатические узлы, пораженные метастазами, обычно (отметьте 2 правильных ответа)

- а) болезненны
- б) безболезненны
- в) плотны
- г) имеют эластическую консистенцию

В молочной железе прощупывается безболезненное уплотнение 3х4 см, положительный симптом морщинистости. Лимфатические узлы не пальпируются. Ваш диагноз?

- а) фиброаденома
- б) узловая мастопатия
- в) липома
- г) рак молочной железы
- д) болезнь Минца

У больной 50 лет в области ареолы молочной железы видна небольшая язва с подрытыми краями. Консистенция пораженного участка плотнее окружающей кожи. В молочной железе уплотнений нет. Ваш предположительный диагноз?

- а) экзема соска
- б) туберкулез молочной железы в стадии изъязвления
- в) аденома соска
- г) рак Педжета

Маммография не показана

- а) при очаговых и диффузных уплотнениях в молочной железе
- б) при метастазах в подмышечных лимфатических узлах из не выявленного первичного очага
- в) при контрольных обследованиях больных после радикальных операций по поводу рака молочной железы
- г) при профилактическом осмотре женщин младше 30 лет

Прямыми маммографическими признаками рака молочной железы являются (отметьте 2 правильных ответа)

- а) тень опухолевого узла
- б) утолщение, втяжение и инфильтрация кожи
- в) скопление микрокальцинатов
- г) деформация структурного рисунка

У больной в молочной железе прощупывается плотный узел размерами 3,5х3,0 см. Для установления диагноза необходимы исследования (отметьте 2 правильных ответа)

- а) дуктография
- б) маммография
- в) пункционная биопсия
- г) лимфография
- д) термография молочной железы

Проводить самообследование молочных желез один раз в 2 месяца рекомендуется женщинам, начиная с возраста

- а) 18 лет
- б) 30 лет
- в) 40 лет
- г) 60 лет

Скрининг на рак молочной железы проводят, используя все перечисленные методы обследования, кроме

- а) пальпации молочных желез
- б) маммографии
- в) УЗИ
- г) компьютерной томографии

Обследование молочных желез на амбулаторном приеме вменено в обязанность всех перечисленных медицинских работников, кроме

- а) акушеров смотровых кабинетов
- б) терапевтов и хирургов
- в) гинекологов
- г) дерматологов

Радикальную мастэктомию обычно производят по Холстеду, Пейти или Маддену.

Общим для всех вариантов является

- а) удаление только молочной железы
- б) удаление железы, подмышечной и подлопаточной клетчатки с лимфатическими узлами
- в) удаление молочной железы и большой грудной мышцы
- г) удаление молочной железы, малой грудной мышцы и клетчатки с лимфатическими узлами
- д) удаление молочной железы, обеих грудных мышц и клетчатки с лимфатическими узлами

Больная опасается, что отсутствие молочной железы осложнит ее личную жизнь.

Допустимо ли выполнение щадящей операции с сохранением части железы?

- а) нет, при раке всегда должна выполняться радикальная мастэктомия
- б) допустимо при новообразовании в верхненаружном квадранте
- в) при новообразовании меньше 5 см в диаметре допустимо при любом расположении опухоли
- г) допустимо при новообразовании до 5 см в диаметре в верхненаружном квадранте железы

Лучевая терапия при раке молочной железы не показана

- а) в сочетании с радикальной мастэктомией при 1 и 2а-стадиях опухоли
- б) в сочетании с радикальной мастэктомией при 2б и 3-ей стадиях опухоли
- в) в сочетании с радикальной резекцией при 1 и 2а-стадиях опухоли
- г) в сочетании с химиотерапией при инфильтративном раке

При отечно-инфильтративной форме рака молочной железы применяют

- а) только хирургическое лечение
- б) только лучевую терапию
- в) только химиотерапию
- г) комбинированное лечение
- д) комплексное лечение

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

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

Через год после радикальной мастэктомии появились корки и 2 небольших безболезненных уплотнения в рубце. Какую тактику избрать?

- а) ограничиться наблюдением
- б) назначить антибиотики
- в) направить больную на консультацию к онкологу
- г) иссечь уплотнения

При раке молочной железы 1 стадии 5-летнего выздоровления удается достичь у

- а) 45-50% больных
- б) 50-60% больных
- в) 65-70% больных
- г) 85-95% больных

Через 2 года после излечения рака молочной железы у женщины появилась стойкая, но не интенсивная боль в позвоночнике. Что делать?

- а) ограничиться диспансерным наблюдением
- б) назначить физиотерапевтические процедуры
- в) лечить остеохондроз
- г) постельный режим + нестероидные противовоспалительные средства

Сегменты легкого удается увидеть на рентгенограмме

- а) прямой у здорового человека
- б) боковой у здорового человека
- в) прямой при сегментарном ателектазе
- г) боковой при сегментарном ателектазе

Какое место по частоте среди всех злокачественных новообразований в России занимает рак легкого?

- а) первое
- б) второе
- в) третье
- г) каждый год разные места

Рак легкого встречается у мужчин чаще, чем у женщин

- а) в 2-4 раза
- б) в 7-10 раз
- в) в 40-50 раз
- г) частота рака легкого у мужчин и женщин одинакова

Заболеваемость раком легкого в России в последнем десятилетии

- а) повышается у лиц обоего пола
- б) держится на одном уровне
- в) снижается у лиц обоего пола
- г) повышается только у мужчин
- д) повышается только у женщин

Какой из перечисленных факторов является основной причиной высокой заболеваемости раком легкого?

- а) загрязнение атмосферы городского воздуха
- б) профессиональные вредности
- в) хронические воспалительные заболевания бронхов и легких
- г) курение
- д) генетическая предрасположенность

Укажите факторы риска при раке легкого (отметьте 3 фактора)

- а) непрерывный стаж курения более 30 лет
- б) возраст 30-49 лет
- в) возраст 50 лет и старше
- г) хроническая пневмония
- д) нерегулярное питание

Рак легкого обычно возникает из

- а) эпителия альвеол
- б) эпителия бронхов
- в) соединительной ткани
- г) из всех перечисленных элементов с одинаковой частотой

По клинико-анатомической классификации рак легкого делят на

- а) центральный, периферический, атипические формы
- б) центральный, периферический, медиастинальный
- в) центральный, периферический, метастатический
- г) центральный, периферический, рак Пенкоста

Центральным раком легкого называют опухоли, возникающие из

- а) главных, долевых, сегментарных бронхов
- б) главных, долевых, сегментарных и субсегментарных бронхов
- в) любых бронхов, расположенных в центре легкого
- г) любых бронхов, расположенных вблизи корня легкого

Наиболее частой клинико-анатомической формой рака легкого является

- а) центральный рак
- б) периферический рак
- в) атипические формы

Перибронхиальный узловой рак легкого в соответствии с классификацией А.И.

Савицкого относится

- а) к центральному раку
- б) к периферическому раку
- в) к атипичной форме
- г) к любому из перечисленных

Наиболее частой гистологической формой рака легкого является

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

Чем объяснить возникновение плоскоклеточного рака из железистого эпителия слизистой бронхов?

- а) причина неизвестна
- б) наличием эктопированных участков плоского эпителия
- в) метаплазией эпителия, из-за токсического влияния канцерогенов воздуха
- г) перестройкой иммунной системы организма

Для центрального рака легкого характерна триада признаков. Какие?

- а) кашель
- б) кровохарканье
- в) общая слабость
- г) одышка

- д) похудание
- е) снижение аппетита

Наиболее частым симптомом рака легкого является

- а) кашель
- б) кровохарканье
- в) одышка
- г) боль в грудной клетке
- д) похудание

Какая форма рака легкого характеризуется наиболее яркой клинической картиной?

- а) круглая опухоль
- б) эндобронхиальный рак
- в) перибронхиальный узловой рак
- г) перибронхиальный разветвленный рак

Для какой из форм рака легкого наиболее характерно длительное бессимптомное течение

- а) эндобронхиальной
- б) перибронхиальной узловой
- в) шаровидной
- г) рака Пенкоста

У курильщика усилился сухой кашель, изредка стали откашливаться прожилки крови. Каков наиболее вероятный диагноз?

- а) рак бронха
- б) кавернозная форма туберкулеза легких
- в) бронхоэктатическая болезнь
- г) пневмокониоз
- д) хронический бронхит

Какой из перечисленных признаков наиболее характерен для периферического рака легкого?

- а) затемнение треугольной формы в прикорневой зоне
- б) кровохарканье
- в) кашель с гнойной мокротой и примесью крови
- г) округлая тень с неровными контурами

Какой из перечисленных признаков не встречается при медиастинальной форме рака легкого?

- а) акроцианоз
- б) осиплость голоса
- в) ателектаз сегмента легкого
- г) расширение подкожных вен передней поверхности грудной стенки
- д) отек лица

Сигналами тревоги по раку легкого являются (выберите все признаки)

- а) резкая боль в грудной клетке при глубоком вдохе
- б) длительный субфебрилитет или сухой кашель, оставшиеся после излечения острого респираторного заболевания
- в) повышение температуры выше 38 °, не купирующееся антибиотиками
- г) стойкая нерезкая боль в грудной клетке

Сигналами тревоги по раку легкого являются (выберите все признаки)

- а) стойкий сухой мучительный кашель, продолжительностью более 3 недель
- б) высокая температура и одышка, в покое в течение 10 дней
- в) однократное кровохарканье
- г) повышение температуры выше 38° и обильное отделение гнойной мокроты
- д) повторные, быстро купирующиеся острые респираторные заболевания, протекающие с кашлем, лихорадкой и нарушением общего состояния

Клинический минимум для распознавания центрального рака легкого включает (отметьте 2 правильных ответа)

- а) бронхоскопию
- б) бронхографию
- в) трансторакальную пункцию
- г) томографию

Без рентгенологического или бронхологического обследования при наличии у пациента «сигналов тревоги» диагноз рака легкого может быть установлен на основании клинических данных, если:

- а) температура 38,5° или выше держится на протяжении недели
- б) на участке легкого имеется притупление перкуторного звука, не прослушивается дыхание, а средостение смещено в противоположную сторону
- в) то же самое, но средостение смещено в эту же сторону
- г) температура 38,5 или выше держится на протяжении 15 дней
- д) в надключичной области прощупывается плотный лимфатический узел размером 2,0х0,9 см

Характерной рентгенологической картиной эндобронхиального рака на рентгенограмме в боковой проекции является

- а) круглая тень на периферии легкого
- б) затемнение в верхушке легкого
- в) круглая тень в корне легкого
- г) треугольная тень с вершиной в центральной части легкого, в которой не различима тень опухоли

В результате закупорки бронха растущей опухолью воздушность легочной ткани постепенно понижается. В механизме этого процесса различают три последовательные фазы. Какая из них характеризуется наибольшей продолжительностью?

- а) фаза гиповентиляции
- б) фаза локальной эмфиземы
- в) фаза ателектаза

При профилактическом флюорографическом исследовании обнаружена круглая тень в левом легком диаметром 1,5 см. Жалоб больной не предъявляет. Как поступить?

- а) провести рентгенологическое обследование в своей поликлинике и направить в туберкулезный диспансер
- б) назначить повторную явку через один - три месяца
- в) провести курс лечения антибиотиками с последующим рентгенологическим обследованием в своей поликлинике
- г) провести рентгенологическое обследование в своей поликлинике и направить в онкологический диспансер

Для выявления у больного раком легкого отдаленных метастазов необходимо

- а) УЗИ печени и брюшинного пространства
- б) реакция на альфа-фетопротеин
- в) лимфография
- г) рентгеноскопия желудка

Какие исследования следует провести для уточнения диагноза больному, у которого на обзорной рентгенограмме грудной клетки видно затемнение в легком и смещение тени средостения в ту же сторону? (выберите 2 правильных ответа)

- а) бронхоскопия
- б) томография
- в) бронхография
- г) ангиопульмонография
- д) трансторакальная пункционная биопсия

Радикальным лечением немелкоклеточного рака легкого является

- а) хирургическое лечение
- б) лучевая терапия
- в) химиотерапия
- г) сочетание лучевой и химиотерапии

При мелкоклеточном раке легкого независимо от стадии используется

- а) хирургическое лечение
- б) лучевая терапия
- в) химиотерапия
- г) такого метода лечения не существует

При каком варианте гистологического строения рак легкого наиболее чувствителен к лучевой терапии?

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

При каком варианте гистологического строения рака легкого II-III стадий предпочтительно химиолучевое лечение

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

При раке легкого только в исключительных случаях допустима

- а) сегментарная резекция легкого
- б) лобэктомия
- в) пульмонэктомия
- г) расширенная пульмонэктомия

Заболеваемость раком пищевода в России

- а) повышается
- б) снижается
- в) остается на одном уровне
- г) повышается у мужчин, снижается у женщин

Заболеваемость раком пищевода выше у

- а) мужчин
- б) женщин
- в) частота поражения не связана с полом

Рак пищевода чаще встречается в возрасте

- а) до 40 лет
- б) 40-49 лет
- в) 50-59 лет
- г) 60 лет и старше

Что из перечисленного не относится к числу факторов, способствующих возникновению рака пищевода?

- а) частое употребление мелкокостистой рыбы и жесткого мороженого мяса
- б) частое употребление крепких спиртных напитков
- в) прием слишком горячей пищи
- г) избыточное потребление жирной пищи

Факультативным предраковым заболеванием пищевода является

- а) лейомиома
- б) фиброма
- в) дивертикул
- г) хронический эзофагит

Преобладающей гистологической формой рака пищевода является

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

Термином «дисфагия» называют

- а) нарушение акта глотания
- б) боль при прохождении пищевого комка по пищеводу
- в) ощущение инородного тела в области пищевода
- г) затрудненное прохождение пищи по пищеводу

Какое заболевание пищевода чаще всего служит причиной дисфагии?

- а) ахалазия пищевода
- б) рак
- в) дивертикул
- г) рубцовые стриктуры после ожогов

Наиболее частым и характерным симптомом рака пищевода является:

- а) дисфагия
- б) боль за грудиной и в спине
- в) срыгивание застойным содержимым
- г) усиленное слюноотделение
- д) похудание

Какие 3 из перечисленных симптомов рака пищевода патогенетически обусловлены феноменом обтурации?

- а) боль за грудиной
- б) дисфагия
- в) гиперсаливация
- г) регургитация пищи

При прорастании злокачественной опухоли пищевода в симпатический нервный ствол возникают глазные симптомы (*отметьте 3 правильных ответа*)

- а) миоз
- б) птоз
- в) энофтальм
- г) кровоизлияние в конъюнктиву глаза

У больного рак средней трети пищевода. При приеме глотка воды возникает сильный кашель. Густая пища кашля не вызывает. Какая у больного стадия рака?

- а) 2 стадия
- б) 3 стадия
- в) 4 стадия
- г) по этому симптому о стадии судить невозможно

Какой симптом возникает при прорастании рака пищевода в возвратный нерв?

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

Сигналами тревоги по раку пищевода являются (*отметьте 3 правильных ответа*)

- а) дисфагия
- б) повторяющаяся регургитация съеденной пищи
- в) мучительный кашель, возникающий только при приеме жидкости
- г) чувство жжения в пищеводе на уровне мечевидного отростка

У 65-летней женщины развилась дисфагия, которая быстро прогрессировала в течение нескольких недель. Отмечена потеря веса и анемия. Ваш диагноз?

- а) рак пищевода

- б) грыжа пищеводного отверстия с рефлюкс-эзофагитом
- в) ахалазия пищевода
- г) дивертикул пищевода

Какие исследования необходимы при подозрении на рак пищевода?

- а) эзофагоманометрия
- б) эзофагоскопия с биопсией
- в) рентгенологическое исследование пищевода и желудка
- г) электрокимографическое исследование пищевода
- д) компьютерная томография

Наиболее информативным диагностическим приемом в распознавании ранней стадии рака пищевода является:

- а) цитологическое исследование промывных вод из пищевода
- б) рентгенологическое исследование
- в) манометрическое исследование пищевода
- г) эндоскопическое исследование пищевода с биопсией

Какой рентгенологический признак характерен для эндофитного рака пищевода?

- а) наличие дополнительной тени в средостении
- б) неравномерное сужение просвета пищевода
- в) циркулярное сужение просвета пищевода
- г) депо бария в пищеводе

При раке пищевода не применяется

- а) хирургическое лечение
- б) лучевая терапия
- в) химиотерапия
- г) гормонотерапия

У больного 55 лет рак средней трети грудного отдела пищевода. Опухоль протяженностью 4 см. Метастазов нет. Каков план лечения?

- а) экстирпация пищевода
- б) резекция пищевода отступя на 5 см от края опухоли
- в) лучевая терапия
- г) химиотерапия

Укажите основной метод радикального лечения рака нижней трети грудного отдела пищевода:

- а) хирургический
- б) лучевой
- в) химиотерапия

Лучевая терапия является предпочтительным методом лечения при раке

- а) шейного и верхнегрудного отделов
- б) средней трети грудного отдела
- в) нижней трети грудного отдела
- г) абдоминального отдела

Химиотерапия при раке пищевода

- а) обладает высокой эффективностью
- б) как правило, позволяет ликвидировать дисфагию
- в) дает паллиативный эффект
- г) при раке пищевода не применяется

Для возникновения рака желудка не имеет значения

- а) избыточное потребление поваренной соли
- б) количество потребляемой клетчатки
- в) инфицирование желудка бактериальной флорой
- г) особенности кулинарной обработки продуктов

Регургитация желчи из 12-перстной кишки в желудок

- а) способствует возникновению рака
- б) не играет роли в возникновении опухоли
- в) способствует возникновению рака только у мужчин
- г) способствует возникновению рака только у лиц старше 60 лет

Дисплазию эпителия желудка обнаруживают

- а) при рентгенологическом обследовании
- б) при осмотре слизистой через гастроскоп
- в) при цитологическом или гистологическом исследовании
- г) всеми указанными методами

Какое из перечисленных заболеваний не является предраком желудка?

- а) хронический атрофический гастрит
- б) язвенная болезнь желудка
- в) гиперпластические полипы желудка
- г) аденоматозные полипы желудка
- д) пернициозная анемия

Какой метод наиболее надежен для исключения малигнизации язвы желудка?

- а) рентгенологический
- б) эндоскопический с биопсией
- в) исследование кала на скрытую кровь
- г) исследование желудочного сока с гистамином

Какая форма рака желудка медленнее растет, реже и позже метастазирует?

- а) экзофитный
- б) инфильтративный
- в) блюдцеобразный
- г) язвенно-инфильтративный

По гистологическому строению рак желудка чаще всего является

- а) аденокарциномой
- б) плоскоклеточным раком
- в) смешанным железисто-плоскоклеточным раком;
- г) все перечисленные варианты встречаются с одинаковой частотой

Рак желудка чаще всего метастазирует в

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

К какой стадии относится рак желудка диаметром 4 см, прорастающий в мышечный слой, с единичными метастазами в малом сальнике?

- а) 2а
- б) 2б
- в) 3а
- г) 3б
- д) 4

Ранний рак желудка клинически чаще проявляется

- а) снижением аппетита
- б) тошнотой, рвотой
- в) периодически возникающей нерезкой болью
- г) «синдромом малых признаков» рака

Для рака кардиального отдела желудка наиболее характерно

- а) отрыжка, изжога, рвота
- б) боль в эпигастриальной области
- в) дисфагия
- г) слабость

Типичным клиническим проявлением рака пилорического отдела желудка является:

- а) поносы
- б) дисфагия
- в) «шум плеска» натощак
- г) тошнота
- д) все верно

Каким из клинических феноменов обусловлены симптомы, наиболее характерные для рака пилорической части желудка:

- а) обтурации
- б) деструкции
- в) компрессии
- г) интоксикации

У больного с хроническим заболеванием желудка уменьшилась изжога, а боль после еды стала менее интенсивной, но постоянной. Это заставляет предположить

- а) излечение заболевания
- б) стабилизацию процесса
- в) возможную малигнизацию
- г) ни о чем не говорит

Может ли рак желудка проявляться только снижением аппетита или похуданием?

- а) может
- б) не может
- в) может, но только у людей пожилого возраста
- г) только у мужчин

Какой симптом, обусловленный феноменом обтурации, характерен для рака пилорического отдела желудка?

- а) изжога
- б) рвота
- в) резкая слабость
- г) быстрое похудание

Какими симптомами может проявляться рак дна желудка без перехода на пищевод?

- а) чувство переполнения желудка, шум плеска натощак
- б) боль в области сердца, напоминающая стенокардию
- в) рвота съеденной накануне пищей
- г) анемия

Наиболее раннее распознавание рака желудка обеспечивает:

- а) гастроскопия
- б) поиск синдрома «малых признаков»
- в) обзорная рентгеноскопия брюшной полости
- г) рентгенография желудка

На рентгеновском снимке экзофитный рак желудка выглядит как

- а) обширная ниша
- б) выбухание стенки желудка кнаружи
- в) дефект наполнения
- г) характерного вида не имеет

Какие изменения складок слизистой в области дефекта наполнения являются характерным рентгенологическим признаком рака желудка?

- а) деформация
- б) истончение
- в) обрыв
- г) все указанные изменения характерны.
- д) все указанные изменения нехарактерны

Радикальными операциями при раке желудка являются (отметьте любое число правильных ответов)

- а) гастрэктомия
- б) резекция 1/2 желудка
- в) дистальная субтотальная резекция
- г) проксимальная субтотальная резекция

При стандартной субтотальной резекции желудка по поводу рака удаляют все перечисленное, кроме

- а) малого сальника
- б) большого сальника
- в) желудочно-поджелудочной связки
- г) селезенки

У больного неоперабельный рак кардиального отдела желудка. Какая паллиативная операция ему показана?

- а) гастростомия
- б) гастродуоденоанастомоз
- в) гастроэнтероанастомоз
- г) дистальная резекция желудка

У больного неоперабельный рак пилорического отдела желудка. Какая паллиативная операция ему показана?

- а) гастростомия
- б) пилоропластика
- в) гастроэнтероанастомоз
- г) гастродуоденоанастомоз'
- д) проксимальная резекция желудка

При операбельном раке выходного отдела желудка с явлениями стеноза показана:

- а) гастродуоденостомия
- б) субтотальная дистальная резекция желудка
- в) пилоропластика
- г) гастроэнтеростомия

Больному 5 лет назад выполнена радикальная операция по поводу рака желудка. При контрольном осмотре жалоб не предъявляет. Рецидива и метастазов нет. Когда ему явиться на следующий контрольный осмотр?

- а) через 5 месяцев
- б) через 6 месяцев
- в) через 1 год
- г) в дальнейшем наблюдении не нуждается

Какие из ниже перечисленных анатомо-физиологических особенностей определяют основные различия в клинической картине рака правой и левой половин ободочной кишки? (отметьте 2 правильных ответа)

- а) длина отделов кишки
- б) диаметр кишки
- в) консистенция содержимого
- г) особенности кровоснабжения

Заболеваемость раком ободочной кишки

- а) повышается
- б) снижается
- в) остается на одном уровне
- г) закономерности не существует

В каком возрасте наиболее часто встречается рак ободочной кишки?

- а) 20-29 лет
- б) 30-49 лет

- в) 50-39 лет
- г) старше 70 лет

Основным фактором, повышающим риск рака ободочной кишки, является:

- а) ионизирующая радиация
- б) курение
- в) недостаточное потребление грубой клетчатки
- г) избыточное потребление грубой клетчатки
- д) злоупотребление алкоголем

Риск развития рака ободочной кишки повышается при диете с избыточным количеством (отметьте 2 правильных ответа)

- а) жиров
- б) грубой растительной клетчатки, плохо переваривающейся в кишечнике
- в) овощей и фруктов с высоким содержанием витаминов А и С
- г) очищенных углеводов

Риск развития рака ободочной кишки снижается при диете, богатой (отметьте 2 правильных ответа)

- а) жирами
- б) грубой растительной клетчаткой, плохо переваривающейся в кишечнике
- в) белками
- г) очищенными углеводами
- д) овощами и фруктами с высоким содержанием витаминов А и С

Какое заболевание является облигатным предраком ободочной кишки?

- а) аденоматозные полипы
- б) болезнь Крона
- в) неспецифический язвенный колит
- г) диффузный семейный полипоз

Какой из отделов ободочной кишки наиболее часто поражается раком?

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

Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке

- а) слепой кишки
- б) восходящей и нисходящей ободочной кишки
- в) поперечной ободочной кишки
- г) сигмовидной кишки
- д) закономерности не выявлено

Эндофитный тип роста характерен для рака (отметьте 2 правильных ответа)

- а) слепой кишки
- б) восходящего отдела ободочной кишки
- в) нисходящего отдела ободочной кишки
- г) сигмовидной кишки

Эндофитный рак ободочной кишки растет преимущественно

- а) в проксимальном направлении от опухоли
- б) в дистальном направлении
- в) в обоих направлениях
- г) циркулярно по периметру кишки

Для рака ободочной кишки наиболее характерен путь метастазирования

- а) гематогенный
- б) лимфогенный
- в) имплантационный

г) нет четких различий

Рак ободочной кишки чаще всего метастазирует в

а) кости

б) головной мозг

в) поджелудочную железу

г) печень

д) легкие

Осложнением рака ободочной кишки может быть все, кроме:

а) перфорации опухоли

б) токсического панкреатита

в) острой кишечной непроходимости

г) кровотечения

Какие симптомы наиболее характерны для рака левой половины ободочной кишки? (отметьте 3 правильных ответа)

а) запоры

б) примесь крови в каловых массах

в) общая слабость, повышенная утомляемость

г) обтурационная непроходимость кишечника

д) потеря аппетита, похудание

Какие симптомы нехарактерны для рака слепой кишки? (отметьте 2 правильных ответа)

а) запоры

б) боль в животе

в) анемия

г) обтурационная непроходимость кишечника

д) прощупываемая опухоль

Какой метод обследования используется для скрининга на рак ободочной кишки?

а) колоноскопия

б) ирригография

в) рентгеноскопия желудка и кишечника

г) гемокульт-тест

д) реакция Абелева-Татарина

Специальное обследование больного с жалобами на нарушения со стороны кишечника следует начинать с

а) ирригографии

б) колонофиброскопии

в) ректороманоскопии

г) ректального пальцевого исследования

д) ультразвукового исследования брюшной полости

Каков клинический минимум обследования при подозрении на рак слепой кишки (отметьте 3 правильных ответа)

а) колоноскопия

б) анализ крови на РЭА

в) пальцевое исследование прямой кишки,

г) ирригография

д) лапароскопия

Какой из указанных способов диагностики наиболее информативен для распознавания рака ободочной кишки?

а) лапароскопия

б) селективная ангиография

в) ректороманоскопия

г) колоноскопия

Укажите основной рентгенологический признак рака ободочной кишки:

- а) отсутствие или расстройство перистальтики на ограниченном участке кишки
- б) ригидность кишечной стенки на определенном участке
- в) нарушение эвакуаторной функции
- г) дефект наполнения или плоская «ниша» на контуре кишечной стенки
- д) усиленная перистальтика кишечника

Радикальным методом лечения рака ободочной кишки является

- а) хирургический
- б) лучевой
- в) химиотерапевтический
- г) химиолучевой

Выбор метода хирургического вмешательства при раке ободочной кишки не зависит

- а) от локализации опухоли
- б) от наличия или отсутствия осложнений
- в) от общего состояния больного
- г) от наличия метастазов
- д) от гистологического строения опухоли

Резекцию пораженной части кишки в качестве радикальной операции производят при раке (отметьте 2 правильных ответа)

- а) слепой кишки
- б) осходящей ободочной кишки и печеночного угла
- в) поперечной ободочной кишки
- г) селезеночного угла и нисходящей ободочной кишки
- д) сигмовидной кишки

Какой тип кишечной непроходимости характерен для рака толстой кишки?

- а) обтурационная
- б) странгуляционная
- в) смешанная
- г) характерного типа нет

У больной III стадия рака слепой кишки. Какая операция является радикальной?

- а) резекция слепой кишки
- б) правосторонняя гемиколэктомия
- в) и та, и другая
- г) обходной анастомоз

Дооперационные лечебные мероприятия при обтурационной кишечной непроходимости заключаются в следующем: (отметьте 3 правильных ответа)

- а) введение спазмолитиков
- б) постановка сифонной клизмы
- в) введение промедола
- г) коррекция водно-электролитных нарушений
- д) введение препаратов, усиливающих моторику кишечника

При пальцевом исследовании прямой кишки удается обнаружить новообразования (отметьте 3 правильных ответа)

- а) анального отдела
- б) нижеампулярного отдела
- в) среднеампулярного отдела
- г) вышеампулярного отдела
- д) ректосигмоидного отдела

В каком отделе прямой кишки часто встречаются циркулярные опухоли?

- а) анальном
- б) нижеампулярном
- в) среднеампулярном

- г) верхнеампулярном
- д) ректосигмоидном

Основным фактором, способствующим возникновению рака прямой кишки, является

- а) ионизирующая радиация
- б) курение
- в) характер питания
- г) злоупотребление алкоголем

Риск рака прямой кишки выше при диете с высоким содержанием

- а) жиров
- б) грубой растительной клетчатки, плохо переваривающейся в кишечнике
- в) овощей и фруктов
- г) от диеты не зависит

Риск рака прямой кишки снижается при диете, богатой (отметьте 2 правильных ответа)

- а) жирами
- б) грубой растительной клетчаткой, плохо переваривающейся в кишечнике
- в) белками
- г) очищенными углеводами
- д) овощами и фруктами с высоким содержанием витаминов А и С

Какое из заболеваний является облигатным предраком прямой кишки?

- а) аденоматозные полипы
- б) болезнь Крона
- в) неспецифический язвенный колит
- г) диффузный семейный полипоз
- д) ворсинчатая опухоль

У больного при пальцевом исследовании в нижеампулярной части прямой кишки обнаружено изъязвление с плотным дном и валикообразными краями. Ваш диагноз?

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

Наиболее характерным симптомом рака прямой кишки является

- а) запор
- б) слизь в каловых массах
- в) кровь в каловых массах
- г) слабость, похудание, снижение аппетита
- д) боль при дефекации

Какой метод исследования используется для выявления рака и предраковых заболеваний прямой кишки при массовых профилактических осмотрах?

- а) колоноскопия
- б) гемокульттест
- в) ирригография
- г) ректороманоскопия
- д) анализ крови на РЭА

Обследование больного, обратившегося с жалобами на нарушения со стороны прямой кишки, следует начинать

- а) с ирригоскопии
- б) с ректороманоскопии
- в) с колонофиброскопии
- г) с пальцевого исследования прямой кишки
- д) с ультразвукового исследования

Какие из перечисленных методов входят в клинический минимум обследования при подозрении на рак прямой кишки? (отметьте 2 правильных ответа)

- а) колоноскопия
- б) анализ крови на РЭА
- в) пальцевое исследование прямой кишки
- г) ректороманоскопия
- д) лапароскопия

Больной с заболеванием прямой кишки жалуется на примесь крови в каловых массах, периодические вздутия и урчание в животе, запоры. Болен в течение 2 месяцев. О каком заболевании прямой кишки следует подумать?

- а) геморрой
- б) ректит
- в) рак прямой кишки
- г) трещина заднего прохода

На поверхности плотного калового столбика постоянно наблюдается вдавление. Это характерно для

- а) геморроя
- б) спастического колита
- в) рака прямой кишки
- г) полипа

Сигналами тревоги при раке прямой кишки являются (отметьте 2 правильных ответа)

- а) чувство неполного опорожнения прямой кишки после акта дефекации
- б) наличие слизи в каловых массах
- в) примесь крови в каловых массах
- г) примесь крови в сочетании со жгучей болью при акте дефекации

При пальцевом исследовании прямой кишки рак прощупывается в виде образования (отметьте 2 правильных ответа)

- а) плотного
- б) мягкого
- в) с бугристой поверхностью
- г) с гладкой поверхностью

Методом радикального лечения рака ампулы прямой кишки является

- а) хирургический
- б) лучевая терапия
- в) химиотерапия
- г) сочетание лучевого лечения и химиотерапии

Какие из типовых операций при раке прямой кишки завершаются наложением колостомы или противоестественного заднего прохода?

- а) передняя резекция прямой кишки
- б) ампутация прямой кишки с низведением (протягиванием)
- в) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- г) операция Гартмана

При какой из операций для восстановления естественного пассажа содержимого требуется повторное вмешательство?

- а) передняя резекция прямой кишки
- б) ампутация прямой кишки с низведением (протягиванием)
- в) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- г) операция Гартмана

Ректороманоскопию или ирригоскопию при диспансерном обследовании лиц, излеченных от рака прямой кишки, не производят

- а) через 1 месяц

- б) через 6 месяцев
- в) через 12 месяцев
- г) через 24 месяца
- д) через 36 месяцев

Среди злокачественных новообразований печени преобладают

- а) первичный рак печени
- б) метастазы в печень
- в) саркомы печени
- г) все перечисленное встречается примерно с одинаковой частотой

Основным фактором, способствующим возникновению гепатоцеллюлярного рака печени, является

- а) носительство вируса гепатита А
- б) носительство вируса гепатита В
- в) хронический описторхоз
- г) загрязнение пищи афлатоксинами

Основным фактором, способствующим возникновению холангиоцеллюлярного рака печени, является

- а) носительство вируса гепатита А
- б) носительство вируса гепатита В
- в) хронический описторхоз
- г) загрязнение пищи афлатоксинами

Фактором риска рака печени в развитых странах является

- а) ионизирующая радиация
- б) курение
- в) злоупотребление алкоголем
- г) злоупотребление жирной пищей

На каком фоне часто развивается гепатоцеллюлярный рак печени?

- а) цирроза печени
- б) описторхоза
- в) и того, и другого заболевания
- г) ни того, ни другого заболевания

Какой морфологический вариант первичного рака печени обычно развивается на фоне описторхоза?

- а) холангиоцеллюлярный рак печени
- б) гепатоцеллюлярный рак печени
- в) обе формы первичного рака печени при описторхозе встречаются с одинаковой частотой
- г) описторхоз не оказывает влияния на развитие первичного рака печени

Мерами профилактики гепатоцеллюлярного рака печени являются (отметьте 2 правильных ответа)

- а) вакцинация против вируса гепатита В
- б) излечение описторхоза
- в) борьба с алкоголизмом
- г) ликвидация бактериальной инфекции внутрипеченочных желчных протоков

Мерами профилактики холангиоцеллюлярного рака печени являются (отметьте 2 правильных ответа)

- а) вакцинация против вируса гепатита В
- б) излечение описторхоза
- в) борьба с алкоголизмом
- г) ликвидация бактериальной инфекции внутрипеченочных желчных протоков

Наиболее частой жалобой больных первичным раком печени является

- а) похудание
- б) общая слабость,

- в) боль в правом подреберье
- г) желтуха
- д) повышение температуры

Наиболее частым объективным признаком при раке печени является

- а) лихорадка
- б) желтушность кожи
- в) симптом Курвуазье
- г) гепатомегалия

Какой из перечисленных симптомов не встречается при раке печени?

- а) лихорадка
- б) желтушность кожи
- в) симптомы портальной гипертензии
- г) гепатомегалия
- д) симптом Курвуазье

Для первичного рака печени нехарактерна боль

- а) тупая постоянная нерезкая
- б) постоянная сильная
- в) острая приступообразная
- г) с постепенно нарастающей интенсивностью

Положительная реакция на альфа-фетопротеин характерна для

- а) гепатоцеллюлярного рака печени
- б) метастазов в печень
- в) доброкачественных опухолей печени
- г) холангиоцеллюлярного рака печени

Радикальным методом лечения первичного рака печени является

- а) хирургический метод
- б) системная химиотерапия
- в) регионарная химиотерапия
- г) лучевое лечение

Лучевая терапия первичного рака печени

- а) является одним из ведущих составных элементов радикального лечения
- б) применяется с паллиативной целью
- в) применяется с симптоматической целью
- г) применяется в исключительных случаях

Метастазы в печень наиболее часто наблюдаются при раке

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

Рак поджелудочной железы чаще встречается

- а) у мужчин
- б) у женщин
- в) с одинаковой частотой у лиц того и другого пола

Возникновению рака поджелудочной железы способствует (отметьте 2 правильных ответа)

- а) злоупотребление алкоголем
- б) курение
- в) повышенное потребление жиров
- г) повышенное потребление фруктов и овощей

Мерами профилактики рака поджелудочной железы являются (отметьте 2 ответа)

- а) отказ от злоупотребления алкоголем
- б) отказ от курения

- в) диета с большим количеством жиров
- г) включение в пищевой рацион большого количества овощей и фруктов

Рак поджелудочной железы чаще поражает

- а) головку
- б) тело
- в) хвост
- г) с одинаковой частотой поражает все отделы

Типичной гистологической формой рака поджелудочной железы является

- а) аденокарцинома
- б) плоскоклеточный рак
- в) анапластический рак

Для рака головки поджелудочной железы наиболее характерна

- а) желтуха
- б) боль в эпигастриальной области
- в) повышение температуры
- г) тромбозы периферических сосудов

Для рака головки поджелудочной железы характерна желтуха

- а) постоянная, малоинтенсивная, не нарастающая
- б) постоянная, интенсивная, быстро нарастающая
- в) периодически усиливающаяся и уменьшающаяся
- г) возможны все варианты

Для рака тела поджелудочной железы наиболее характерна

- а) желтуха
- б) боль в эпигастриальной области
- в) повышение температуры
- г) тошнота и рвота

Наиболее интенсивная боль наблюдается при раке

- а) головки поджелудочной железы
- б) тела поджелудочной железы
- в) хвоста поджелудочной железы
- г) интенсивная боль для рака поджелудочной железы нехарактерна

Каловые массы при желтухе на почве рака поджелудочной железы

- а) обычного цвета
- б) темно-коричневого цвета
- в) обесцвечены
- г) закономерности не существует

Цвет мочи при желтухе на почве рака поджелудочной железы

- а) светло-желтый
- б) темно-коричневый
- в) моча обесцвечена
- г) закономерности не существует

Для рака тела поджелудочной железы характерен паранеопластический синдром

- а) нейродермиты
- б) гиперпигментация кожи
- в) тромбозы периферических сосудов
- г) гемолитическая анемия

Нарастающая желтуха характерна для рака

- а) желчного пузыря
- б) головки поджелудочной железы
- в) тела поджелудочной железы
- г) хвоста поджелудочной железы
- д) всех отделов поджелудочной железы

Механическая желтуха на почве опухоли чаще всего сопровождается

- а) появлением резких болей в эпигастральной области, асцитом, рвотой
- б) увеличением печени, кожным зудом, асцитом
- в) увеличением желчного пузыря, кожным зудом, увеличением печени
- г) тошнотой, рвотой, увеличением желчного пузыря

Поза больного в виде «крючка» характерна для рака поджелудочной железы в

- а) головке
- б) теле
- в) хвосте
- г) для рака поджелудочной железы нехарактерна

Радикальным методом лечения рака поджелудочной железы является

- а) хирургическое вмешательство
- б) лучевая терапия
- в) химиотерапия
- г) гормонотерапия
- д) радикального лечения этой опухоли не существует

При панкреатодуоденальной резекции удаляется

- а) вся поджелудочная железа
- б) головка поджелудочной железы и двенадцатиперстная кишка
- в) то же, что и В + пилорический отдел желудка
- г) то же, что и В + желчный пузырь

В каком лечении нуждается больной с желтухой на почве запущенного рака головки поджелудочной железы?

- а) симптоматическом
- б) лучевой терапии
- в) химиотерапии
- г) наложении желчеотводящего анастомоза
- д) паллиативной панкреатодуоденальной резекции

Саркомы чаще возникают в костях

- а) длинных трубчатых
- б) мелких
- в) плоских
- г) губчатых

Рост костных сарком проявляется

- а) разрушением костной ткани
- б) образованием атипичной костной ткани
- в) и тем и другим
- г) ни тем, ни другим

Наиболее частым и злокачественно протекающим видом костных сарком является

- а) остеогенная саркома
- б) саркома Юинга
- в) хондросаркома
- г) ретикулосаркома

Возникновению костных сарком способствуют (отметьте 2 правильных ответа)

- а) курение
- б) травма
- в) чрезмерное потребление жирной пищи
- г) ионизирующее излучение

Боль при костных саркомах (отметьте 2 правильных ответа)

- а) стихает по ночам
- б) усиливается по ночам
- в) стихает в покое

г) не стихает в покое

Костные саркомы чаще всего локализуются в:

- а) плечевой кости
- б) бедренной кости
- в) большеберцовой кости
- г) костях таза
- д) позвонках
- е) костях черепа

При остеогенной саркоме трубчатых костей оптимальным считается лечение

- а) хирургическое в объеме ампутации конечности
- б) хирургическое в объеме ампутации конечности + лучевая терапия
- в) хирургическое в объеме резекции кости + лучевая терапия
- г) неоадьювантная химиотерапия + хирургическое в объеме резекции кости
- д) лучевая терапия + химиотерапия

Лучевое лечение и химиотерапия наиболее эффективны при

- а) хондросаркоме
- б) фибросаркоме
- в) опухоли Юинга
- г) все ответы правильные
- д) правильного ответа нет

По возрастному составу больные саркомами мягких тканей по сравнению с больными раком

- а) моложе
- б) старше
- в) возрастной состав не отличается
- г) нет четких закономерностей

Саркомы мягких тканей чаще всего локализуются на

- а) голове и шее
- б) верхних конечностях
- в) нижних конечностях
- г) туловище

Боль при саркомах мягких тканей наблюдается

- а) всегда
- б) часто
- в) редко
- г) не наблюдается

Наиболее характерным признаком саркомы мягких тканей является

- а) боль
- б) нарушение функции конечности
- в) припухлость мягких тканей
- г) изменение окраски кожи над припухлостью

Симптом «гармошки» является характерным признаком

- а) злокачественной фиброзной гистиоцитомы
- б) дифференцированной фибросаркомы
- в) посттравматической гематомы
- г) хронического воспалительного инфильтрата

Решающим методом обследования для выявления саркомы мягких тканей является

- а) рентгенологическое исследование
- б) УЗИ
- в) термография
- г) ангиография
- д) пункция или биопсия прощупываемого образования

При саркомах мягких тканей оптимальным является лечение

- а) хирургическое
- б) лучевое
- в) хирургическое+ лучевое
- г) хирургическое + полихимиотерапия и (или) лучевая терапия
- д) лучевая терапия + химиотерапия

Болезнью Ходжкина называют

- а) лимфосаркому
- б) ретикулосаркому
- в) остеогенную саркому
- г) лимфогранулематоз

Лимфогранулематоз чаще всего поражает

- а) кости
- б) печень
- в) почки
- г) лимфатические узлы
- д) селезенку

Какой из указанных симптомов является наиболее частым, ранним и характерным признаком лимфогранулематоза?

- а) отечность дистальных отделов голени и стопы
- б) увеличение паховых лимфатических узлов
- в) слабость, плохой аппетит, похудание
- г) увеличение шейных лимфатических узлов
- д) увеличение селезенки

Основным способом диагностики лимфогранулематоза является

- а) общий и биохимические анализы крови
- б) рентгенография и томография грудной клетки
- в) иммунологическое исследование
- г) гистологическое исследование
- д) лимфография

Ведущим методом лечения больных лимфогранулематозом является

- а) хирургическое вмешательство
- б) лучевая терапия
- в) повторные курсы полихимиотерапии
- г) все методы лечения имеют одинаковое значение

Заболеваемость неходжкинскими лимфомами

- а) повышается
- б) остается на одном уровне
- в) снижается
- г) повышается у мужчин, снижается у женщин

Какой из перечисленных факторов не способствует возникновению неходжкинских лимфом?

- а) вирус Эпштейн-Барр
- б) гормональные нарушения
- в) вирус иммунодефицита
- г) бактерия *Helicobacter pylori*

Среди неходжкинских лимфом преобладают

- а) фолликулярные формы
- б) диффузные формы
- в) частота тех и других одинакова
- г) сведений о частоте нет

Наиболее частым типом неходжкинских лимфом являются

- а) В-лимфомы
- б) Т-лимфомы
- в) О-лимфомы
- г) частота всех типов лимфом одинакова

Что из перечисленного нехарактерно для лимфом с благоприятным прогнозом?

- а) медленное прогрессирование
- б) многолетняя выживаемость без лечения
- в) высокая чувствительность к стандартной химиотерапии

Что нехарактерно для высокоагрессивных лимфом?

- а) быстрое прогрессирование
- б) многолетняя выживаемость без лечения
- в) высокая чувствительность к стандартной химиотерапии

В клинический минимум обследования, необходимый для установления диагноза неходжкинской лимфомы, не включается

- а) общий анализ крови
- б) биохимическое исследование крови
- в) рентгенологическое обследование грудной клетки
- г) гистологическое исследование очага поражения
- д) ультразвуковое исследование брюшной полости

Основным методом лечения неходжкинских лимфом является

- а) радикальная операция
- б) лучевая терапия
- в) химиотерапия
- г) гормонотерапия
- д) иммунотерапия

Наиболее частой формой кожной лимфомы является грибовидный микоз. Какие 3 характеристики грибовидного микоза правильны?

- а) часто наблюдается последовательное прохождение фаз эритемы, бляшки, опухолевидного образования
- б) последовательное прохождение фаз эритемы, бляшки, опухолевидного образования для грибовидного микоза нехарактерно
- в) без лечения быстро приводит к летальному исходу
- г) без лечения протекает хронически (годами)
- д) вызывается грибами или связан с грибковой инфекцией
- е) связи с грибковой инфекцией не имеет

Какие 3 утверждения, характеризующие неходжкинские лимфомы у детей, верны?

- а) протекают агрессивно, быстро прогрессируют
- б) протекают благоприятно, прогрессируют медленно
- в) часто протекают с экстранодальными поражениями
- г) редко протекают с экстранодальными поражениями
- д) генерализованные формы с поражением внутренних органов редки
- е) генерализованные формы с поражением внутренних органов часты

При переходноклеточной форме рака простаты наиболее эффективное лечение

- а) надлобковая цистостомия
- б) трансуретральная гипертермия
- в) химиотерапия
- г) криодеструкция простаты
- д) своевременная радикальная операция

Диагноз рака простаты подтверждается

- а) определением уровня ПСА сыворотки крови
- б) ретроградной цистографией
- в) экскреторной урограммой

- г) УЗД простаты
- д) гистологическим и цитологическим исследованием биоптатов

ТУР используют для лечения

- а) сифилитической язвы мочевого пузыря
- б) клапанов уретры
- в) стриктуры мочеиспускательного канала
- г) уретероцеле
- д) полипа мочевого пузыря

В развитии рака простаты главную роль играют

- а) дисфункция простаты
- б) гормоны надпочечников
- в) дисметаболические нарушения
- г) дефицит микроэлементов крови
- д) гормоны передней частицы гипофиза

Развитию рака мочевого пузыря содействуют

- а) хламидии
- б) травмы пузыря
- в) нарушения обмена микроэлементов
- г) наследственность
- д) канцерогены (амиловые красители, бензолы)

Дифдиагноз между ДГПЗ и раком простаты на основе

- а) компьютерной томографии
- б) УЗД простаты
- в) пальпации железы
- г) определение простат-специфического антигена
- д) гистологического и цитологического исследование биоптатов

При субтригональном росте ДГПЗ

- а) функция верхних мочевых путей нарушается
- б) уретерогидронефроз не развивается
- в) пассаж мочи по верхним мочевым путям не нарушается
- г) есть пузырно-мочеточниковые рефлюксы
- д) пассаж мочи по верхним мочевым путям нарушается, растущий хронический уростаз

Признаки гиперплазии простаты при пальпации железы

- а) флюктуация
- б) четкость контуров железы, уменьшение в размерах
- в) нечеткость контуров железы
- г) асимметричность железы
- д) четкость контуров железы, увеличение в размерах

Для точной диагностики ДГПЗ используют

- а) ретроградная цистография
- б) определения удельного веса мочи
- в) катетеризация мочевого пузыря
- г) анализ мочи
- д) УЗД простаты

Какая операция выполняется при ДГПЗ, усложненной уросепсисом и ХПН

- а) простатэктомия
- б) троакарная эпицистостомия
- в) плазмофорез
- г) ТУР простаты
- д) перкутанная двусторонняя нефропиелостомия, плазмофорез

Оптимальный доступ при простатэктомии

- а) трансуретральный

- б) абдоминальный
- в) позадилобковый
- г) промежностный
- д) черезпузырный

Раннее грозное осложнение после простатэктомии

- а) пневмония
- б) острая почечная недостаточность
- в) восходящий пиелонефрит
- г) острый эпидидимит
- д) кровотечение из ложа, тампонада мочевого пузыря

Эффективный метод гемостаза после простатэктомии

- а) электрокоагуляция сосудов
- б) тампонирование ложа
- в) назначение дицинона
- г) баллонный катетер
- д) прошивки капсулы с натяжением концов нитей

Радикальный метод лечения ДГПЗ

- а) цистостомия
- б) трансуретральная гипертермия
- в) ТУР простаты
- г) вапоризация
- д) простатэктомия

Самый информативный метод дифдиагностики между ДГПЗ и раком простаты

- а) определение уровня PSA
- б) цитология мочи
- в) пальпация железы
- г) УЗИ простаты
- д) пункционная биопсия простаты

Самый информативный метод диагностики ДГПЗ

- а) экскреторная урография
- б) ретроградная цистография
- в) обзорная урограмма
- г) цистоскопия
- д) УЗИ простаты

Наиболее распространенные операции при аденокарциноме почки

- а) резекция, пиелостомия
- б) нефропексия, нефрэктомия
- в) нефрэктомия, нефростомия
- г) нефростомия, резекция
- д) нефрэктомия, резекция

Основным симптом III стадии ДГПЗ

- а) дизурия
- б) ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря
- в) острая задержка мочи
- г) никтурия
- д) парадоксальная ишурия

Основным симптомом II стадии ДГПЗ является

- а) недержание мочи
- б) боли при мочеиспускании, недержание мочи
- в) быстрое мочеиспускание
- г) медленное мочеиспускание, острая задержка мочи
- д) дизурия, полакиурия, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря

Аденокарциному почек необходимо дифференцировать с

- а) паранефритом, гидронефрозом, поликистозом
- б) пионефрозом, поликистозом
- в) паранефритом, поликистозом
- г) паранефритом, туберкулезом, гломерулонефритом
- д) солитарной кистой, пионефрозом, гидронефрозом, карбункулом почки

Основной симптом при I стадии ДГПЗ

- а) императивные призывы на мочеиспускание
- б) ощущения неполного опорожнения мочевого пузыря
- в) быстрое мочеиспускание
- г) замедленное мочеиспускание
- д) никтурия и дизурия

Наилучшие результаты лечения рака мочевого пузыря получают при

- а) консервативном лечении
- б) оперативном лечении
- в) лучевой терапии
- г) химиотерапии
- д) комбинированной терапии

Самая распространенная операция по поводу рака мочевого пузыря

- а) цистэктомия
- б) ТУР опухоли
- в) цистопластика
- г) эндовезикальная электрокоагуляция
- д) резекция мочевого пузыря

Наилучший метод диагностики опухолей мочевого пузыря

- а) цитологическое исследование
- б) УЗИ мочевого пузыря
- в) ретроградная цистография
- г) компьютерная томография
- д) цистоскопия

Основной симптом рака мочевого пузыря

- а) дизурия
- б) боль в промежности
- в) боль над лоном
- г) боль в пояснице
- д) интермитирующая безболезненная макрогематурия со сгустками крови

Основные симптомы долговременной, запущенной аденокарциномы почки

- а) малоподвижная почка, отеки ног, бледность кожи
- б) бледность кожи, неподвижность почки
- в) расширения вен брюшной стенки, варикоцеле
- г) гипертермия, отеки
- д) неподвижная почка, варикоцеле, отеки ног, асимметрия живота

Основные симптомы аденокарциномы почки

- а) боль, варикоцеле, гипертермия
- б) пиурия, гематурия, боль
- в) гипертермия, варикоцеле
- г) варикоцеле, гематурия
- д) пальпируется опухоль, боль, гематурия

Изменения в крови при аденокарциноме почки

- а) лимфопения, полицитемия
- б) лейкоцитоз, полицитемия
- в) анемия, лейкоцитоз

- г) лимфопения, анемия
- д) ускоренная СОЭ, анемия

Злокачественная опухоль мочевого пузыря чаще всего есть

- а) солидный рак
- б) плоскоклеточный рак
- в) саркома
- г) аденокарцинома
- д) папиллярный рак

Локализация опухолей мочевого пузыря чаще всего в

- а) верхней стенке
- б) зоне летков мочеточника
- в) задней стенке
- г) передней стенке
- д) зоне шейки

Внешним признаком опухоли Вильмса является

- а) пальпируется увеличенная почка, бледность кожи
- б) увеличение живота, повышенная усталость
- в) похудание, бледность кожи
- г) бледность кожи, повышенная усталость
- д) пальпируется увеличенная почка, увеличение и асимметрия живота

Аденокарцинома почки распространяется по

- а) артериям и мочеточникам
- б) лимфосистеме
- в) мочеточникам
- г) артериям
- д) почечной, нижней полой вене

Самые информативные методы диагностики злокачественных опухолей почек есть

- а) радионуклидные методы
- б) обзорная и экскреторная урография
- в) компьютерная томография
- г) УЗИ
- д) УЗИ, компьютерная томография

Самые информативные радионуклидные методы диагностики опухолей почек

- а) ангиосканирование, ренография
- б) ренография
- в) сканирование почек
- г) ангиосканирование
- д) динамическая сцинтиграфия

Самые информативные методы обычной рентгенодиагностики в диагностике опухолей почек

- а) томография почек
- б) пневморетроперитонеум
- в) обзорная урография
- г) экскреторная урография
- д) восходящая пиелография и экскреторная урография

Опухоль распространяется за пределы фиброзной капсулы почки

- а) T1a
- б) T1b
- в) T3
- г) T4
- д) T2

Опухоль почки не распространяется за пределы фиброзной капсулы почки

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

Злокачественные опухоли почечной миски

- а) плоскоклеточный рак, солидный рак
- б) плоскоклеточный рак, саркома
- в) саркома, солидный рак
- г) саркома, солидный рак
- д) папиллярный рак, солидный рак

Доброкачественные опухоли почечной миски

- а) миксома, папиллома, остеома
- б) остеома, миксома
- в) дермоидная, эндометриома, миксома
- г) миксома, ангиома, папиллома
- д) ангиома, папиллома, эндометриома

Злокачественные опухоли паренхимы почки

- а) ангиома, саркома, папиллома
- б) смешанная, папиллома
- в) аденокарцинома, саркома, папиллома
- г) саркома, ангиома, Вильмса
- д) аденокарцинома, саркома, Вильмса

Опухоли паренхимы почки разделяются на

- а) опухоль Вильмса, вторичные
- б) фибросаркомы, эпителиальные
- в) доброкачественные, Вильмса, фибросаркомы
- г) вторичные (метастатические), фибросаркомы
- д) злокачественные, доброкачественные, смешанные

Самая частая форма злокачественных опухолей почки есть

- а) липосаркома
- б) папиллярный рак
- в) саркома
- г) аденолипомиома
- д) аденокарцинома

При раке простаты в стадии T1 показана

- а) гипертермия простаты
- б) трансуретральная резекция простаты
- в) орхиэктомия
- г) надлобковая цистостомия
- д) радикальная простатэктомия

При прорастании рака простаты в шейку мочевого пузыря и уретру на поздних стадиях показана

- а) криодеструкция простаты
- б) цистэктомия
- в) резекция мочевого пузыря
- г) радикальная простатэктомия
- д) надлобковая цистостомия

При раке простаты T3 показанная

- а) химио- и лучевая терапия
- б) надлобковая цистостомия
- в) радикальная простатэктомия

- г) двусторонняя орхиэктомия
- д) двусторонняя орхиэктомия, эндокрино- и лучевая терапия

Радикальная простатэктомия показана при следующих стадиях рака

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

Для подтверждения диагноза “рак простаты” нужно использовать

- а) комбинированную цистографию
- б) УЗИ
- в) компьютерную томографию
- г) пункцию в участке шейки мочевого пузыря
- д) пункцию простаты

На уретроцистографии при раке простаты характерно

- а) дефект стенки и уменьшения размеров мочевого пузыря
- б) увеличение размеров мочевого пузыря
- в) дефект боковой стенки
- г) дивертикул мочевого пузыря
- д) асимметричность и неровность контуров, дефект наполнения в участке шейки

При начальных стадиях рака простаты информативными методами являются

- а) обзорная цистография и прямокишечное обследование
- б) определение уровня PSA
- в) цистоскопия и ретроградная цистография
- г) цистоскопия
- д) определение уровня PSA и прямокишечное обследование

Какое урологическое заболевание лечится женскими половыми гормонами и гормонами коры надпочечников?

- а) рак мочевого пузыря
- б) семинома
- в) рак почки
- г) доброкачественная гиперплазия простаты
- д) рак предстательной железы

Для какого заболевания характерны метастазы в бедренные, тазовые кости, поясничный отдел позвоночника?

- а) рак яичка
- б) рак почки
- в) доброкачественная гиперплазия простаты
- г) рак мочевого пузыря
- д) рак простаты

Для какого заболевания характерна увеличенная, плотная, асимметричная, неболезненная, с нечеткими контурами простата?

- а) камни простаты
- б) хронический простатит
- в) острый простатит
- г) доброкачественная гиперплазия простаты
- д) рак предстательной железы

Признаком III стадии доброкачественной гиперплазии простаты является

- а) энурез
- б) никтурия
- в) острая задержка мочи
- г) хроническая задержка мочи

д) парадоксальная ишурия

Противопоказанием к медикаментозному лечению доброкачественной гиперплазии простаты есть

а) пиурия, хронический цистит, остаточная моча больше 150 мл

б) остаточная моча больше 100 мл, ХПН

в) хронический цистит, остаточная моча больше 200 мл

г) острая задержка мочи в анамнезе

д) остаточная моча больше 300 мл, ХПН, камни и дивертикулы мочевого пузыря

Радикальным методом лечения доброкачественной гиперплазии простаты является

а) резекция шейки мочевого пузыря

б) надлобковая цистостомия

в) вакоризация железы

г) трансуретральная электрорезекция

д) простатэктомия

Признаком доброкачественной гиперплазии простаты на экскреторной урограмме есть

а) с-м Шевасю

б) с-м “занавески”

в) с-м “львиной пасти”

г) с-м “завявшего цветка”

д) с-м “рыбацких крючков”

Эндовезикальным признаком доброкачественной гиперплазии простаты является

а) вход в дивертикул

б) зияющий леток

в) позитивная проба Зельдовича

г) с-м Шевасю

д) с-м “занавески”

Вторая стадия доброкачественной гиперплазии простаты определяется на основании

а) олигоурии

б) хронической почечной недостаточности

в) никтурии

г) острой задержки мочи

д) хронической задержки мочи

Предстательная железа в норме

а) размером 5-6 см, асимметричная, неболезненная, плотная, слизистая над ней подвижная

б) размером 4-5, 5-6 см, овальной формы, плотной консистенции, междолевая борозда выражена

в) размером 4-5, 5-6 см, овальной формы, плотной консистенции, междолевая борозда отсутствует

г) размером 2-3, 3-4 см, гладкая, эластичная, с четкими контурами, несколько болезненна, междолевая борозда выражена

д) размером 2-3, 3-4 см, гладкая, эластичная, с четкими контурами, безболезненная, междолевая борозда выражена, слизистая над ней подвижная

На основании каких тестов относится стадия доброкачественной гиперплазии простаты?

а) рентгенологическое обследование

б) расстройства мочеиспускания и качественные изменения мочи

в) количественные и качественные изменения мочи

г) расстройства мочеиспускания

д) расстройства мочеиспускания и функциональное состояние почек

Для какого заболевания характерна увеличенная, с четкими контурами, симметричная, гладкая, эластичная, неболезненная простата?

- а) хронический простатит
- б) камни предстательной железы
- в) острый простатит
- г) рак простаты
- д) доброкачественная гиперплазия простаты

На инфильтрирующий рост опухоли на ретроградной цистографии указывает

- а) дефект наполнения
- б) большие размеры мочевого пузыря
- в) больших размеров дивертикул
- г) пузырно-уретеральный рефлюкс
- д) скошенность и сглаженность контуров, приподняtie шейки мочевого пузыря

При инвазии опухоли в стенку мочевого пузыря показана

- а) лучевая терапия
- б) трансуретральная электрорезекция с электрокоагуляцией околопочечной зоны
- в) трансуретральная электрорезекция
- г) эндовезикальная электрокоагуляция
- д) резекция всех слоев вместе с опухолью

Обнаружить метастазы в регионарных лимфатических узлах можно при выполнении

- а) тазовой артериографии
- б) пневмоцистографии
- в) экскреторной урографии
- г) тазовой венографии
- д) лимфангиоаденографии

Об эластичности и подвижности стенок мочевого пузыря, пораженных опухолевым процессом, информацию дает

- а) комбинированная цистография
- б) ретроградная цистография
- в) пневмоцистография
- г) осадочная цистография
- д) полицистография

Наиболее ценные данные о форме, размерах и количестве опухолей мочевого пузыря дает

- а) полицистография
- б) пневмоцистография
- в) комбинированная цистография
- г) обзорная цистография
- д) осадочная цистография

Для определения вида патологического процесса в мочевом пузыре нужно использовать

- а) цитологию мочи
- б) компьютерную томографию
- в) УЗИ с доплерографией сосудов мочевого пузыря
- г) УЗИ
- д) эндовезикальную биопсию

Ведущим методом обследования при опухоли мочевого пузыря является

- а) обзорная цистография
- б) УЗИ
- в) радиоизотопная ренография
- г) бимануальное обследование
- д) цистоскопия

Симптоматика опухолей мочевого пузыря в основном состоит из

- а) пиурии и дизурии

- б) пиурии и гематурии
- в) гематурии
- г) дизурии
- д) гематурии и дизурии

Стадию T2 рака мочевого пузыря ставим, когда опухоль прорастает

- а) всю стенку мочевого пузыря и паравезикальную клетчатку
- б) всю толщу детрусора
- в) слизистую оболочку
- г) слизистую оболочку и инфильтрирует субэпителиальную соединительную ткань
- д) неглубоко мышечный слой

Какая тактика уролога при гематурии?

- а) обзорная урография
- б) цистоскопия после прекращения гематурии
- в) хромоцистоскопия
- г) гемостатическая терапия
- д) цистоскопия во время гематурии

Симптом Шевасю диагностирует опухоль

- а) Вильмса
- б) мочевого пузыря
- в) почечной миски
- г) верхнего полюса
- д) мочеточника

Для дифференциальной диагностики между кистой и опухолью почки следует выполнить

- а) УЗИ, обзорную урографию
- б) доплерографию сосудов почки, радиоизотопную ренографию
- в) ангиографию, радиоизотопную ренографию
- г) внутривенную урографию и радиоизотопную ренографию
- д) доплерографию сосудов почки, ангиографию

Симптом “завявшего цветка” характерен для опухоли

- а) папиллярного рака миски
- б) мочеточника
- в) нижнего полюса
- г) среднего полюса
- д) верхнего полюса

При подозрении на опухоль почки следует выполнить

- а) обзорную урографию, радиоизотопную ренографию
- б) УЗИ, радиоизотопную ренографию
- в) УЗИ с доплерографией сосудов почки, обзорную урографию
- г) УЗИ, Экскреторную урографию, ретроградную пиелографию
- д) УЗИ с доплерографией сосудов почек, экскреторную урографию, при необходимости ретроградную пиелографию, КТ

При опухоли верхнего полюса показана

- а) нефростомия
- б) нефруретерэктомия с резекцией мочевого пузыря
- в) резекция полюса
- г) нефруретерэктомия
- д) нефрэктомия

Куда наиболее чаще метастазирует опухоль почки?

- а) головной мозг, мочевой пузырь, кости таза
- б) легкие, желудок, лимфатические узлы брыжейки
- в) мочевой пузырь, печень, суставы

- г) лимфатические узлы, печень
- д) Легкие, кости, печень, головной мозг

Какая операция выполняется при опухолях почечной лоханки?

- а) нефростомия
- б) нефроуретерэктомия
- в) резекция почки
- г) нефрэктомия
- д) нефроуретерэктомия с резекцией мочевого пузыря

Рак простаты чаще всего метастазирует в

- а) мочевого пузырь
- б) головной мозг
- в) печень
- г) легкие
- д) кости таза

При стадии T1 рака простаты

- а) опухоль не выходит за пределы капсулы простаты и пальпируется размером до 1 см
- б) опухоль не выходит за пределы капсулы простаты и пальпируется размером до 2 см
- в) опухоль выходит за пределы капсулы простаты, но не прорастает соседних органов
- г) опухоль выходит за пределы капсулы простаты, и прорастает в семенные пузырьки
- д) опухоль не выходит за пределы капсулы простаты и не пальпируется

Наиболее чувствительный маркер рака предстательной железы?

- а) щелочная фосфатаза
- б) альфа-фетопротеин
- в) лактатдегидрогеназа
- г) простатическая кислая фосфатаза
- д) простатический специфический антиген

Самый частый гистологический тип опухолей предстательной железы

- а) мелкоклеточный рак
- б) аденома
- в) саркома
- г) переходно-клеточный рак
- д) аденокарцинома

Менее всего чувствительным к лучевой терапии является

- а) рак полового члена
- б) рак простаты
- в) рак мочевого пузыря
- г) рак почечной миски
- д) рак паренхимы почки

Локализация и характер начальной стадии рака полового члена

- а) папилломы головки и передней шкурки
- б) эрозии на теле головки
- в) трещины
- г) язвы на теле головки и внутреннем мысе передней шкурки
- д) уплотнение и гиперемия в виде узлов головки и передней шкурки

Наиболее характерный симптом II стадии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

- а) ночное недержание мочи
- б) недержание мочи
- в) ускоренное мочеиспускание
- г) полиурия
- д) дизурия, полакурия

Самый частый гистологический тип злокачественных опухолей мочевого пузыря

- а) мелкоклеточный рак
- б) папиллома
- в) саркома
- г) аденокарцинома
- д) переходно-клеточный рак

Наиболее характерный признак рака предстательной железы при пальцевом прямокишечном исследовании

- а) участки размягчения
- б) сглаженность, или отсутствие междолевой борозды
- в) нечеткость контуров
- г) тугоэластическая консистенция
- д) плотная, хрящеобразная консистенция

Среди опухолей мочевого пузыря преобладают

- а) саркомы
- б) феохромоцитомы
- в) хорионэпителиомы
- г) эндометриозные опухоли
- д) эпителиальные опухоли

Наиболее характерный признак гемангиомы почки

- а) протеинурия
- б) лейкоцитурия
- в) цилиндрурия
- г) глюкозурия
- д) гематурия

Помощью какого метода наиболее вероятно можно обнаружить опухоли почечной паренхимы 1,0-2,0 см в диаметре?

- а) фармакоангиография
- б) нефросцинтиграфия
- в) ретроградная пиелография
- г) экскреторная урография
- д) УЗИ

Что характерно для стадии T3 рака мочевого пузыря

- а) поражение только слизистой оболочки
- б) опухоль прорастает в глубокие слои мускульной оболочки
- в) опухоль прорастает внутреннюю половину толщины мышечной оболочки
- г) поражения слизистой оболочки, инфильтрация субэпителиальной соединительной ткани
- д) прорастания всех слоев пузыря и инфильтрация паравезикальной клетчатки

Какая из упомянутых опухолей простаты имеет наиболее злокачественный характер

- а) низкодифференцированная аденокарцинома
- б) аденома простаты
- в) среднедифференцированная аденокарцинома
- г) высокодифференцированная аденокарцинома
- д) недифференцированный рак

Наиболее характерный признак опухолей мочевого пузыря

- а) никтурия
- б) протеинурия, отек мошонки
- в) боль в поясничном отделе
- г) боль в промежности
- д) макрогематурия

Что характерно для стадии T4 рака простаты

- а) опухоль не выходит за пределы капсулы простаты и пальпируется размером до 1 см
- б) опухоль не выходит за пределы капсулы простаты и пальпируется размером 2 см

- в) опухоль не выходит за пределы капсулы простаты и не пальпируется
- г) опухоль выходит за пределы капсулы простаты, и прорастает в семенные пузырьки
- д) опухоль выходит за пределы капсулы простаты, и прорастает в мочевой пузырь

Какой метод обследования не дает ни одной полезной информации для диагностики рака мочеочечника?

- а) УЗД почеч
- б) общий анализ крови
- в) уретероскопия
- г) экскреторная урография
- д) уретроскопия

Какой метод обследования не дает ни одной полезной информации для диагностики рака яичка?

- а) определения уровня альфа-фетопропротеина в сыворотке крови
- б) общий анализ крови
- в) УЗД яичек
- г) доплерография яичек
- д) определения уровня щелочной фосфатазы в сыворотке крови

Что характерно для стадии T4 рака почки

- а) опухоль не выходит за пределы околопочечной фасции
- б) опухоль пальпируется, почка является подвижной
- в) опухоль не выходит за пределы фиброзной капсулы почки
- г) опухоль выходит за пределы фиброзной капсулы почки
- д) опухоль выходит за пределы околопочечной фасции

Фактор, который наиболее часто влечет возникновение опухолей яичка

- а) водянка оболочек яичка
- б) варикоцеле
- в) гипоплазия и эктопия яичка
- г) нарушения гормонального обмена
- д) крипторхизм

Наиболее характерным симптом I стадии доброкачественной гиперплазии предстательной железы является

- а) прерывистое мочеиспускание
- б) императивные позывы к мочеиспусканию
- в) метеоризм
- г) остаточная моча
- д) никтурия

При какой стадии рака простаты больному показана радикальная простатэктомия

- а) T1-2 N1 M0 T3-4 N0-1 M0
- б) T3 N0-1 M0
- в) T3-4 N0-1 M0
- г) T1 N0 M0
- д) T1-2 N0 M0

Какие показания к трансуретральной резекции простаты

- а) камень мочевого пузыря
- б) опухоль мочевого пузыря
- в) плотная консистенция, пузырная форма ДГПЗ
- г) V аденомы больше 70 ml
- д) V аденомы до 70 ml

Рак мочевого пузыря чаще встречается у

- а) городских жителей
- б) молодых людей
- в) пациентов в возрасте от 40 до 50 лет

г) женщин

д) мужчин

Какой наиболее информативный неинвазивный метод диагностики опухолей почек

а) почечная ангиография

б) экскреторная урография

в) УЗИ

г) радиоизотопная ренография

д) компьютерная томография

Местные симптомы характерные для опухолей почек

а) гематурия, гипертермия

б) боли, гематурия, позитивный с-м Пастернацкого

в) боли, гематурия, местный цианоз

г) пальпирование опухоли, боли, гиперемия кожи в проекции почки

д) боли в пояснице, пальпирование опухоли

Какая из опухолей почки чаще всего определяется пальпаторно

а) папиллярный рак лоханки

б) гипернефрома

в) аденокарцинома

г) опухоль Гравица

д) опухоль Вильмса

Какие опухоли детского возраста

а) ангиосаркома

б) опухоль Гравица

в) гипернефрома

г) аденокарцинома

д) аденомиосаркома

Какая тактика лечения правильна при субкапсулярном разрыве почки

а) антибактериальная терапия в амбулаторных условиях

б) исключение физических нагрузок на протяжении 3-х месяцев

в) ургентное оперативное лечение

г) наблюдение на протяжении 3-х недель в амбулаторных условиях

д) суровый кожный режим и наблюдение в стационаре на протяжении 3-х недель

Что характерно для стадии T2 рака мочевого пузыря

а) поражение слизистой оболочки

б) прорастание всей толщи стенки пузыря и инфильтрация паравезикальной клетчатки

в) опухоль прорастает в соседние органы

г) поражения слизистой оболочки, инфильтрация субэпителиальной соединительной ткани

д) опухоль инфильтрирует мышечную оболочку

Что характерно для стадии T2 рака простаты

а) опухоль имеет размер от 2 до 4 см

б) опухоль выходит за пределы капсулы простаты, но не прорастает соседних органов

в) опухоль не выходит за пределы капсулы простаты и не пальпируется

г) опухоль выходит за пределы капсулы простаты, и прорастает в семенные пузырьки

д) опухоль не выходит за пределы капсулы простаты и пальпируется

Что характерно для стадии T3 рака почки

а) опухоль прорастает в соседние органы

б) опухоль пальпируется, почка является подвижной

в) опухоль не выходит за пределы фиброзной капсулы почки

г) опухоль выходит за пределы околопочечной фасции

д) опухоль выходит за пределы фиброзной капсулы почки

Какой метод обследования не дает ни одной полезной информации для диагностики рака простаты

- а) УЗИ простаты
- б) общий анализ крови
- в) ретроградная цистография
- г) экскреторная урография
- д) определения уровня хорионического гонадотропина в сыворотке крови

Самая частая причина острой задержки мочи у мужчин

- а) склероз шейки мочевого пузыря
- б) дивертикул мочевого пузыря
- в) хронический простатит
- г) камни предстательной железы
- д) доброкачественная гиперплазия простаты

Наиболее характерный симптом III стадии доброкачественной гиперплазии предстательной железы

- а) никтурия
- б) острая задержка мочи
- в) олигурия
- г) полиурия
- д) парадоксальная ишурия

Уровень концентрации ПСА в сыворотке крови здоровых мужчин составляет

- а) 10-16 нг/мл
- б) 8-12 нг/мл
- в) 4-10 нг/мл
- г) 2-8 нг/мл
- д) 0-4 нг/мл

Самым эффективным методом лечения рака предстательной железы является

- а) радикальное удаление всей предстательной железы и семенных пузырьков
- б) лучевая терапия
- в) трансуретральная резекция простаты
- г) кастрация
- д) гормональная терапия

Наилучшие результаты лечения рака мочевого пузыря достигаются при

- а) фитотерапии
- б) инстиляции
- в) оперативном лечении
- г) химиотерапии
- д) комбинированном лечении

Из какой части простаты, как правило, развивается рак

- а) все перечисленные зоны
- б) зона семенного горба
- в) центральная зона
- г) переходная зона
- д) периферическая зона

Для первой стадии ДГПЗ характерно

- а) количество остаточной мочи 30-50 мл
- б) количество остаточной мочи 50-100 мл
- в) мочеиспускание в несколько этапов, которое сопровождается ощущением неполного опорожнения мочевого пузыря
- г) выделения мочи каплями
- д) при мочеиспускании мочевой пузырь полностью опорожняется, остаточной мочи нет

В какой стадии заболевания злокачественный процесс выходит за пределы фиброзной капсулы почки

- а) T0

- б) T4
- в) T1
- г) T2
- д) T3

Какая злокачественная опухоль почечной лоханки встречается чаще

- а) плоскоклеточный рак
- б) ангиома
- в) слизисто-железистый рак
- г) саркома
- д) папиллярный рак

Какая из упомянутых опухолей мочевого пузыря имеет наиболее злокачественное течение

- а) полип
- б) папиллома
- в) среднедифференцированный рак
- г) высокодифференцированный рак
- д) низкодифференцированный рак

Какой метод обследования не дает ни одной полезной информации для диагностики рака почки

- а) ультразвуковое исследование почек
- б) общий анализ крови
- в) радиоизотопная ренография
- г) экскреторная урография
- д) определения уровня простатспецифического антигена в сыворотке крови

При стадии T1 рака почки

- а) опухоль не выходит за пределы околопочечной фасции
- б) опухоль размером до 3 см не выходит за пределы фиброзной капсулы почки
- в) опухоль размером до 5 см не выходит за пределы фиброзной капсулы почки
- г) опухоль размером до 2 см не выходит за пределы фиброзной капсулы почки
- д) опухоль размером до 7 см не выходит за пределы фиброзной капсулы почки

О каком заболевании следует думать при появлении симптоматического варикоцеле

- а) пионефроз
- б) опухоль простаты
- в) поликистоз
- г) гидронефроз
- д) опухоль почки

Какие ранние дизурические симптомы рака простаты

- а) странгурия
- б) полакиурия
- в) никтурия
- г) дизурия
- д) ранних дизурических симптомов не бывает

Радикальный метод лечения доброкачественной гиперплазии простаты

- а) цистостома
- б) цистектомия
- в) «Кардура»
- г) резекция шейки мочевого пузыря
- д) аденомэктомия

Самый частый клинический симптом рака мочевого пузыря

- а) затрудненное мочеиспускание
- б) учащенное мочеиспускание
- в) боль над лоном в покое

г) боль над лоном при мочеиспускании

д) гематурия

Доброкачественная гиперплазия простаты – это доброкачественная опухоль, которая развивается из

а) куперовых желез

б) шейки мочевого пузыря

в) семенных пузырьков

г) семенного горба

д) центрального участка предстательной железы

Рак почки чаще метастазирует в

а) позвоночник

б) головной мозг

в) печень

г) кости таза

д) легкие

Какое заболевание следует исключить в первую очередь при макрогематурии

а) туберкулез почки

б) камень почки

в) нефроптоз

г) цисталгия

д) опухоль почки

Какое из осложнений чаще возникает при прорастании рака предстательной железы за ее границы

а) уретрально-кишечный свищ

б) перитонит

в) уретерогидронефроз

г) орхит

д) острая задержка мочи

Какой метод обследования не дает ни одной полезной информации для диагностики рака мочевого пузыря

а) ультразвуковое исследование почек

б) цистография

в) общий анализ мочи

г) экскреторная урография

д) урофлоуметрия

Самый частый гистологический тип злокачественных опухолей предстательной железы

а) переходно-клеточный рак

б) аденома

в) тератома

г) переходно-клеточный рак

д) аденокарцинома

Для T3 рака простаты характерно

а) опухоль не выходит за пределы капсулы простаты и пальпируется размером до 1 см

б) опухоль не выходит за пределы капсулы простаты и пальпируется размером до 5 см

в) опухоль не выходит за пределы капсулы простаты и не пальпируется

г) опухоль выходит за пределы капсулы простаты, и прорастает в мочевой пузырь

д) опухоль выходит за пределы капсулы простаты, и прорастает в семенные пузырьки

Для стадии T2 рака почки характерно

а) опухоль не выходит за пределы околопочечной фасции

б) опухоль размером от 1 до 3 см не выходит за пределы фиброзной капсулы почки

в) опухоль выходит за пределы фиброзной капсулы почки

- г) опухоль выходит за пределы околопочечной фасции
- д) опухоль размером свыше 7 см не выходит за пределы фиброзной капсулы почки

Нехарактерный признак доброкачественной гиперплазии простаты при пальцевом прямокишечном исследовании

- а) сглаженность междолевой борозды
- б) однородность консистенции
- в) четкие контуры
- г) тугоэластическая консистенция
- д) болезненность

Для стадии T1 рака мочевого пузыря характерно

- а) поражение слизистой оболочки
- б) прорастания всей толщи стенки пузыря
- в) опухоль инфильтрирует внутреннюю половину толщи мышечной оболочки
- г) опухоль прорастает в глубокие слои мышечной оболочки
- д) поражения слизистой оболочки, инфильтрация субэпителиальной соединительной ткани

Признаки рака предстательной железы при пальцевом прямокишечном исследовании

- а) наличие размягчений в предстательной железе
- б) сглаженность междолевой борозды
- в) болезненность при пальпации
- г) неровные контуры простаты
- д) плотные участки хрящевой консистенции без четких границ

Подлиннее всего диагностируют рак мочевого пузыря при

- а) УЗИ
- б) тазовой флебографии
- в) ретроградной цистографии
- г) цитологическом исследовании осадка мочи
- д) цистоскопии

Какой метод отведения мочи после цистэктомии по поводу рака мочевого пузыря является оптимальным

- а) уретеросигмоанастомоз
- б) уретерокутанеоанастомоз
- в) илеоцистопластика с анастомозом на переднюю брюшную стенку
- г) уретероуретероанастомоз с перкутанной нефростомией
- д) илеоцистопластика с анастомозом с уретрой

О чем свидетельствует варикоцеле, которое уменьшается в горизонтальном положении тела

- а) папилломе мочевого пузыря
- б) опухоль предстательной железы
- в) опухоль мочевого пузыря
- г) опухоль яичка
- д) опухоль почки

Какая операция применяется при раке почечной лоханки

- а) радикальная нефрэктомия
- б) резекция миски
- в) нефрэктомия
- г) лимфаденэктомия
- д) нефроуретерэктомия

Наиболее характерный рентгенологический признак опухоли почки

- а) уменьшения размеров почки
- б) контрастные тени в проекции почки
- в) расширение почечной системы

- г) отсутствие выделения контрастного вещества почкой
- д) дефект наполнения лоханки, ампутация одной или нескольких чашечек

В кости таза чаще всего метастазирует

- а) все перечислено
- б) рак мочеточников
- в) рак почки
- г) рак мочевого пузыря
- д) рак простаты

Злокачественные опухоли почечной миски

- а) ангиома
- б) все перечислены
- в) эндометриома
- г) папиллома
- д) папиллярный рак

Доброкачественные опухоли почечной миски

- а) все перечислены
- б) аденокарцинома
- в) Вильмса
- г) саркома
- д) папиллома

Злокачественные опухоли паренхимы почки

- а) все перечислены
- б) эндометриома
- в) папиллома
- г) ангиома
- д) Вильмса

Какие опухоли паренхимы почки не встречаются в клинике

- а) вторичные (метастатические)
- б) смешаны эпителиальные
- в) доброкачественные
- г) злокачественные фибросаркомы
- д) эндометриома

Самая жидкая форма злокачественных опухолей почки есть

- а) липосаркома
- б) папиллярный рак
- в) саркома
- г) аденокарцинома
- д) аденолипомиома

На каких стадиях показана надлобковая цистостомия при прорастании рака простаты в шейку мочевого пузыря и уретру

- а) ранних
- б) слишком ранних
- в) слишком поздних
- г) поздних

При какой стадии рака простаты показана двусторонняя орхиэктомия, гормоно- и лучевая терапия

- а) T0
- б) T2
- в) T1
- г) T4
- д) T3

Самый целесообразный метод лечения рака предстательной железы

- а) трансуретральная резекция простаты
- б) кастрация
- в) радикальное удаление всей предстательной железы и семенных михурцив
- г) лучевая терапия
- д) гормональная терапия

Самый целесообразный метод лечения рака мочевого пузыря

- а) фитотерапии
- б) инстиляции
- в) оперативном лечении
- г) химиотерапии
- д) комбинированном лечении

Из периферической зоны развивается

- а) все перечислено
- б) рак почки
- в) рак мочевого пузыря
- г) рак мочеточников
- д) рак простаты

Что происходит в стадии T3 рака почки

- а) опухоль 7 см выходит за пределы околопочечной фасции
- б) опухоль размером до 5 см не выходит за пределы фиброзной капсулы почки
- в) опухоль размером до 7 см не выходит за пределы фиброзной капсулы почки
- г) опухоль размером до 2 см не выходит за пределы фиброзной капсулы почки
- д) опухоль выходит за пределы фиброзной капсулы почки

Какие опухоли обнаруживают в почечной чашечке

- а) плоскоклеточный рак
- б) саркома
- в) фибромиома
- г) слизево-железистый рак
- д) папиллярный рак

Какая из упомянутых опухолей мочевого пузыря имеет наиболее доброкачественный ход

- а) высокодифференцированный рак
- б) низкодифференцированный рак
- в) папиллома
- г) среднедифференцированный рак
- д) полип

Что не используют для диагностики рака почки?

- а) ультразвуковое исследование почек
- б) общий анализ крови
- в) радиоизотопная ренография
- г) экскреторная урография
- д) урофлоуметрия

При какой стадии опухоль размером до 7 см не выходит за пределы фиброзной капсулы почки

- а) T3
- б) T2
- в) T4
- г) T0
- д) T1

При опухоли почки симптоматически будет появление

- а) пионефроз
- б) опухоль яичка

- в) опухоль простаты
- г) поликистоз
- д) варикоцеле

При раке простаты назовите ранние симптомы дизурии

- а) странгурия
- б) полакиурия
- в) никтурия
- г) дизурия
- д) ранних дизуричных симптомов не бывает

Злокачественные заболевания шейки матки характеризуются утверждением о том, что эти заболевания

- а) занимают третье место в структуре смертности
- б) в структуре онкогинекологической заболеваемости и смертности занимают второе место
- в) наиболее редко встречающиеся онкогинекологические опухоли
- г) занимают лидирующие позиции в структуре женской онкологической заболеваемости и смертности

Рассматривая стадийную диагностику злокачественных опухолей шейки матки, можно утверждать, что в России

- а) соотношение суммы I-II и III-IV стадий заболевания примерно равны
- б) опухоли диагностируются преимущественно в III-IV стадиях
- в) опухоли диагностируются преимущественно в I стадии
- г) опухоли диагностируются преимущественно во II стадии

Фактор, являющийся наиболее вероятной причиной плоскоклеточных карцином шейки матки

- а) вирус папилломы человека 6, 11 типов
- б) вирус папилломы человека 16, 18 типов
- в) вирус простого герпеса II типа
- г) цитомегаловирус и хламидии

Группой факторов риска развития карцином шейки матки является

- а) употребление спиртных напитков, курение
- б) ионизирующее излучение и другие неблагоприятные факторы внешней среды
- в) гормональные нарушения
- г) раннее начало половой жизни и частая смена партнёров

Единственным достоверным скрининговым мероприятием для опухолей шейки матки является

- а) рентгенологическое исследование
- б) цитологическое исследование материала, полученного из полости матки
- в) цитологическое исследование материала, взятого с шейки матки
- г) мазок из половых путей на «степень чистоты»

Для раннего выявления опухолей шейки матки скрининговые мероприятия в России проводятся

- а) при первых симптомах заболевания у лиц, достигших 18 летнего возраста
- б) после смены полового партнёра у лиц, достигших 18 летнего возраста
- в) ежегодно у всех женщин, достигших 18 летнего возраста
- г) при трудоустройстве у лиц, достигших 18 летнего возраста

Наиболее характерными ранними симптомами злокачественных опухолей шейки матки являются

- а) боли в животе и увеличение размеров живота за счёт асцита
- б) циклические кровянистые выделения и изменение характера менструаций
- в) бесплодие и аменорея
- г) контактные кровянистые выделения из половых путей

При обследовании пациенток с подозрением на карциному шейки матки необходимо

- а) биопсия шейки матки. Выскабливание цервикального канала не является обязательным
- б) биопсия шейки матки и выскабливание слизистой цервикального канала
- в) раздельное диагностическое выскабливание цервикального канала и полости матки. Биопсия шейки матки не является обязательным методом исследования
- г) достаточно неинвазивных методов исследования (кольпоскопия, УЗИ, термометрия)

При цервикальной интраэпителиальной неоплазии второй степени пул клеток с явлениями атипии занимает

- а) весь эпителиальный пласт
- б) не более 1/3 эпителиального пласта
- в) около половины эпителиального пласта от поверхности
- г) около половины эпителиального пласта от базальной мембраны

В соответствии с лечебными мероприятиями при CIN III проводятся

- а) достаточно проведения адекватной этиотропной терапии (противомикробное, противовирусное лечение)
- б) специальное лечение не требуется, так как эпителиальные изменения подвергаются обратному развитию
- в) показана лучевая терапия
- г) наряду с проведением этиотропной терапии необходимо выбрать один из методов деструкции изменённого участка (хирургическое, лазерное, химическое воздействия)

Регионарными лимфатическими узлами для шейки матки считают

- а) паховые и влагалищные лимфоузлы
- б) лимфоузлы малого таза
- в) паховые, тазовые, парааортальные лимфоузлы
- г) все лимфоузлы, доступные пальпации

Понятие «преинвазивная карцинома» шейки матки означает что

- а) опухоль не распространяется за пределы базальной мембраны, но может метастазировать
- б) распространение опухоли ограничено эпителиальным пластом, нет инвазии за пределы базальной мембраны, нет метастазов
- в) опухоль имеет небольшое (не более 3 мм) распространение за пределы базальной мембраны, метастазов нет
- г) все утверждения характерны для преинвазивной карциномы

При значительном местнорегионарном распространении опухоли шейки матки наиболее целесообразно

- а) хирургическое лечение
- б) гормонотерапия
- в) мануальная терапия и физиолечение
- г) лучевая и химиотерапия

Объём удаляемых тканей при операции Ветгейма составляет

- а) матка (тело и шейка), верхняя часть влагалища, тазовая клетчатка с лимфоузлами, парааортальные и паховые лимфоузлы
- б) матка (тело и шейка), верхняя часть влагалища, тазовая клетчатка с лимфоузлами, связочный аппарат матки
- в) шейки матки, верхняя часть влагалища, тазовая клетчатка с лимфоузлами, связочный аппарат
- г) матка (тело и шейка), верхняя часть влагалища, тазовая клетчатка с лимфоузлами, связочный аппарат матки, близлежащая часть мочевого пузыря и прямой кишки

Онкомаркёр, показатели которого специфично повышаются при плоскоклеточных раках шейки матки

- а) СА – 125
- б) хорионический гонадотропин
- в) SCC
- г) СА – 19,9

Злокачественные заболевания тела матки характеризует следующее утверждение

- а) в структуре онкогинекологической заболеваемости находятся на лидирующих позициях, занимают третье место в структуре смертности от данных заболеваний
- б) в структуре онкогинекологической заболеваемости и смертности занимают второе место
- в) это наиболее редко встречающиеся онкогинекологические опухоли, но занимающие лидирующие позиции по смертности
- г) этим опухолям принадлежат лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности

Рассматривая стадийную диагностику злокачественных опухолей тела матки, можно утверждать, что в России

- а) соотношения суммы I-II и III-IV стадий заболевания примерно равны
- б) опухоли диагностируются преимущественно в III-IV стадиях
- в) опухоли диагностируются преимущественно в I-II стадиях
- г) ни одно из утверждений не верно

Истинным предраком эндометрия следует считать

- а) полипы эндометрия
- б) железисто-кистозную гиперплазию эндометрия
- в) атипическую гиперплазию эндометрия
- г) CIN

Наиболее частыми симптомами злокачественных опухолей эндометрия в постменопаузе является

- а) маточное кровотечение
- б) обильная менструация
- в) аменорея
- г) увеличение живота за счёт асцита

Преморбидным фоном для злокачественных опухолей эндометрия следует считать

- а) артериальную гипертензию
- б) сахарный диабет
- в) ожирение
- г) верны все ответы

Гистологическим вариантом злокачественной опухоли эндометрия чаще является:

- а) аденокарцинома
- б) плоскоклеточный рак
- в) гиперплазия эндометрия
- г) лимфома

Методологической базой скрининга для опухолей эндометрия в постменопаузе может являться

- а) тазовая эхография
- б) гистероскопия
- в) исследование СА – 125
- г) исследование SCC

Наиболее важным эхографическим признаком патологии эндометрия в постменопаузе является

- а) наличие миомы матки
- б) изменения соотношения между телом и шейкой матки
- в) увеличение толщины М-эха более 4 мм
- г) наличие кисты яичника

Термин «раздельное выскабливание» означает, что

- а) следует разделить соскоб из полости матки на несколько порций
- б) следует выполнить выскабливание эндоцервикса, а затем полости матки
- в) следует выполнить выскабливание полости матки, а затем эндоцервикса
- г) следует выполнить вначале штрих-биопсию эндометрия, а затем биопсию шейки матки

Регионарными лимфатическими узлами для тела матки считают

- а) паховые и влагалищные лимфоузлы
- б) лимфоузлы малого таза.
- в) паховые, тазовые, парааортальные лимфоузлы
- г) все лимфоузлы, доступные пальпации

Опухоль эндометрия, ограниченная телом матки, классифицируется как

- а) T1
- б) T2
- в) T3
- г) T4

При злокачественной опухоли эндометрия распространение на яичник следует расценивать как

- а) M1
- б) N1
- в) T4
- г) T3

При распространении опухоли эндометрия на цервикальный канал следует провести операцию в объёме

- а) экстирпации матки с придатками
- б) расширенной экстирпации матки с придатками и тазовой лимфадэктомией по Вертгейму
- в) ампутации матки с придатками
- г) электрохирургической абляции эндометрия

В большинстве случаев при раке эндометрия I стадии проводится

- а) только операция
- б) только лучевая терапия
- в) операция с последующей лучевой терапией (комбинированное лечение)
- г) операция с последующей лучевой и химиотерапией (комплексное лечение)

При раке эндометрия в адъювантном режиме может быть использована гормонотерапия

- а) глюкокортикоидами
- б) инсулином
- в) эстрогенами
- г) гестагенами

Наиболее неблагоприятно протекают опухоли эндометрия

- а) развивающиеся по первому (гормонозависимому) варианту по Бохману
- б) развивающиеся по второму (гормоннезависимому) варианту по Бохману
- в) опухоли, ограниченные пределами эндометрия
- г) все опухоли эндометрия имеют крайне неблагоприятное течение

Заболевания яичников характеризует следующее утверждение

- а) в структуре онкогинекологической заболеваемости находятся на лидирующих позициях, занимают третье место в структуре смертности от данных заболеваний
- б) в структуре онкогинекологической заболеваемости и смертности занимают второе место
- в) в структуре онкогинекологической заболеваемости занимают третье место, но по смертности занимают лидирующие позиции
- г) этим опухолям принадлежат лидирующие позиции в структуре заболеваемости и смертности

Рассматривая стадийную диагностику злокачественных опухолей яичников, можно утверждать, что в России

- а) соотношения суммы I-II и III-IV стадий заболевания примерно равны
- б) опухоли диагностируются преимущественно в III-IV стадиях
- в) опухоли диагностируются преимущественно в I-II стадиях

г) ни одно из утверждений не верно

Злокачественные опухоли яичников встречаются нередко в виде следующих наследственных синдромов

а) одновременное развитие рака молочной железы и яичников

б) высокая семейная встречаемость опухолей яичников, рака толстой кишки и рака эндометрия

в) высокая семейная встречаемость опухолей яичников и шейки матки

Для молочно-яичникового синдрома характерна гиперэкспрессия генов

а) CYP17

б) MSH2

в) BRCA I/II

г) всех перечисленных генов

Наиболее характерны жалобы больных злокачественными опухолями яичников на

а) увеличение живота за счёт асцита и боли в животе

б) ациклические маточные кровотечения

в) контактные кровянистые выделения из половых путей

г) верны варианты б, в

Большая часть (около 80%) злокачественных опухолей яичников являются

а) первичным раком (когда опухоль с самого начала имела злокачественный характер)

б) малигнизированными доброкачественными опухолями

в) метастатическими опухолями

г) ни один из ответов не является верным

Одним из обязательных требований диагностического алгоритма при подозрении на наличие злокачественной опухоли яичника является

а) обследование желудочно-кишечного тракта для исключения метастатического характера опухоли

б) эндоскопическое обследование полости матки (гистероскопия)

в) выполнение кольпоскопии и биопсии шейки матки

г) исследование функции щитовидной железы, надпочечников, гипофиза

Термин «кистома» употребляется для обозначения

а) опухолевидных процессов яичников

б) доброкачественных опухолей яичников

в) злокачественных опухолей яичников

г) всего перечисленного

Пролиферация эпителия внутренней выстилки кистомы свидетельствует о том, что

а) опухоль подвергается обратному развитию

б) опухоль не изменяется, так как пролиферация эпителия характерна для сецернирующей кистомы

в) киста приобретает свойства, близкие к злокачественным опухолям

г) опухоль превращается в другой гистологический вариант опухоли, например, опухоль Бреннера или аденофиброму

Областью регионарного лимфооттока для яичников являются

а) только лимфоузлы малого таза

б) только паховые и парааортальные лимфоузлы

в) лимфоузлы малого таза и паховые лимфатические узлы

г) все лимфоузлы, ограниченные сверху диафрагмой, а снизу паховыми областями

По классификации TNM опухоль яичников, распространяющуюся на ткани малого таза, не выходящую за его пределы, обозначает следующий символ

а) T1

б) T2

в) T3

г) M1

Поражения на поверхности печени в виде имплантантов злокачественной опухоли яичников по TNM классификации относятся к стадии

- а) M1
- б) T3
- в) T4
- г) N1

Большой сальник удаляется во время операций при злокачественных опухолях яичников, потому что

- а) это необходимо для улучшения обзора в брюшной полости
- б) в сальник наиболее часто распространяется злокачественная опухоль яичников
- в) удаление большого сальника способствует скорейшему восстановлению пассажа по кишечнику после операции
- г) верны все варианты ответов

При комбинированном лечении опухолей яичников наряду с операцией наиболее часто пациенткам проводится

- а) лучевая терапия
- б) гормонотерапия
- в) химиотерапия
- г) химиотерапия и лучевая терапия

Наибольшую чувствительность опухоли яичников показывают к химиопрепаратам

- а) комбинации таксанов с препаратами платины
- б) платины
- в) таксанам
- г) антрациклинам

Примерный вариант итогового квалификационного теста

В структуре онкогинекологической заболеваемости в России первое место занимает

- а) рак яичников
- б) рак эндометрия
- в) рак шейки матки
- г) трофобластическая болезнь

В структуре смертности от онкогинекологических заболеваний на первом месте находится

- а) рак яичников
- б) рак эндометрия
- в) рак шейки матки
- г) трофобластическая болезнь.

Классификационный символ «CIN III» обозначает

- а) лёгкую дисплазию
- б) умеренную дисплазию
- в) тяжёлую дисплазию
- г) тяжёлую дисплазию и рак на месте

ДЭЭ является радикальным методом лечения для случаев, обозначаемых как

- а) CIN I
- б) CIN II
- в) CIN III
- г) Ca in situ
- д) всего перечисленного

Доказанным этиологическим фактором РШМ считают

- а) папилломавирусную инфекцию

- б) курение табака
- в) эндокринные расстройства
- г) использование оральных контрацептивов

Стандартным скринингом для рака шейки матки считают

- а) ПЦР на папилломавирусную инфекцию
- б) цитологическое исследование
- в) кольпоскопию
- г) биопсию шейки матки

Метастазирование при раке шейки матки происходит преимущественно в лимфоузлы

- а) надключичной области
- б) подвздошной области
- в) парааортальной области
- г) подмышечной области
- д) паховой области

При РШМ неподвижная инфильтрация достигает костяка таза. Классифицируйте первичный очаг

- а) T1
- б) T2
- в) T3
- г) T4

Основным лечебным воздействием в этой ситуации будет являться

- а) оперативное лечение;
- б) лучевая терапия;
- в) химиотерапия;
- г) иммунотерапия;
- д) всё из перечисленного.

Предраком эндометрия считают

- а) железисто-кистозную гиперплазию
- б) железисто-фиброзный полип
- в) атипическую гиперплазию эндометрия
- г) синехии полости матки
- д) миому матки

Вторым патогенетическим вариантом рака эндометрия по Бохману является

- а) РЭ на фоне гиперплазии эндометрия, эндокринно-обменных нарушений
- б) РЭ на фоне атрофии эндометрия
- в) РЭ при раке молочной железы
- г) ни один из перечисленных случаев

Первичный очаг при РЭ с наличием инвазии в миометрий относится к стадии заболевания

- а) I
- б) II
- в) III
- г) IV

Комбинированное лечение при РЭ предполагает

- а) химиотерапию + лучевую терапию
- б) хирургическую операцию + химиотерапию
- в) хирургическую операцию + лучевую терапию
- г) хирургическую операцию + химиотерапию + лучевую терапию

Гормональную терапию при РЭ проводят

- а) эстрогенами
- б) гестагенами
- в) андрогенами

- г) глюкокортикоидами
- д) инсулином

Аппарат для проведения внутриполостной γ -терапии называется

- а) Рокус – М
- б) Агат – ВУ
- в) линейный ускоритель
- г) синхрофазотрон

Операция Вертгейма предложена автором при

- а) раке шейки матки
- б) раке эндометрия
- в) раке яичников
- г) трофобластической болезни

Основным путём распространения опухолей яичников является

- а) лимфогенный
- б) имплантационный
- в) гематогенный
- г) ятрогенный

Опухоли яичников, чаще встречающиеся у девочек

- а) муцинозные и цилиоэпителиальные;
- б) эндометриоидные;
- в) фибромы и текомы;
- г) стромы полового тяжа и дисгерминома.

Первичный очаг при двусторонних опухолях яичников и наличии асцита с клетками аденокарциномы относится к классу

- а) T1a
- б) T1c
- в) T2c
- г) T3c

Объём наиболее адекватного оперативного вмешательства при раке яичников включает

- а) удаление опухоли + оментэктомия + биопсия брюшины
- б) ампутация матки с придатками + резекция большого сальника
- в) расширенная экстирпация матки по Вертгейму + резекция сальника
- г) экстирпация матки с придатками + оментэктомия + биопсия брюшины

Комбинированное лечение при раке яичников как минимум включает

- а) химиотерапию + лучевую терапию
- б) операцию + химиотерапию
- в) операцию + лучевую терапию
- г) операцию + химиотерапию + лучевую терапию

Опухоли яичников, наиболее чувствительные к γ - терапии

- а) серозные
- б) муцинозные
- в) дисгерминому и опухоли стромы полового тяжа
- г) эндометриоидные

В структуре онкогинекологической заболеваемости в России второе место занимает:

- а) рак яичников
- б) рак эндометрия
- в) рак шейки матки
- г) трофобластическая болезнь

В структуре смертности от онкогинекологических заболеваний рак яичников находится

- а) на первом месте

- б) на втором месте
- г) на третьем месте
- д) на последнем месте

Термин CIN II включает в себя

- а) лёгкую дисплазию
- б) умеренную дисплазию
- в) тяжёлую дисплазию
- г) тяжёлую дисплазию и рак на месте

Диатермоэлектроексцизия шейки матки является радикальным методом лечения для

- а) CIN I
- б) CIN II
- в) CIN III
- г) Ca in situ
- д) всего перечисленного

Этиологическим фактором являющимся наиболее вероятной причиной плоскоклеточных карцином шейки матки, считаются

- а) вирус папилломы человека 6, 11 типов
- б) вирус папилломы человека 16, 18 типов
- в) вирус простого герпеса II типа
- г) цитомегаловирус и хламидии

Скринингом для рака шейки матки считают

- а) ПЦР на папилломавирусную инфекцию
- б) цитологическое исследование
- в) кольпоскопию
- г) биопсию шейки матки

Регионарными лимфатическими узлами для шейки матки считают лимфоузлы:

- а) надключичной области
- б) парааортальной
- в) подвздошной
- г) подмышечной
- д) паховой

При РШМ параметральная инфильтрация не достигает костяка таза. Дайте характеристику первичного очага

- а) T1
- б) T2
- в) T3
- г) T4

С увеличением параметральной инфильтрации при раке шейки матки наибольшее значение имеет

- а) лучевая терапия
- б) оперативное лечение
- в) химиотерапия
- г) иммунотерапия
- д) всё из перечисленного

Предраком эндометрия считают

- а) железисто-кистозную гиперплазию
- б) железисто-фиброзный полип
- в) атипическую гиперплазию эндометрия
- г) синехии полости матки
- д) миому матки

Первым патогенетическим вариантом рака эндометрия по Бохману является:

- а) РЭ на фоне гиперплазии эндометрия, эндокринно-обменных нарушений

- б) РЭ на фоне атрофии эндометрия
- в) РЭ при раке молочной железы
- г) ничего из перечисленного

Дайте характеристику первичного очага при РЭ с распространением на цервикальный канал

- а) T1
- б) T2
- в) T3
- г) T4

Комбинированное лечение при РЭ подразумевает

- а) химиотерапию + лучевую терапию
- б) операцию + химиотерапию
- в) операцию + лучевую терапию
- г) операцию + химиотерапию + лучевую терапию

Гормональную терапию при РЭ проводят

- а) эстрогенами
- б) андрогенами
- в) глюкокортикоидами
- г) гестагенами
- д) инсулином

Аппарат для проведения дистанционной γ-терапии

- а) метрокольпостат
- б) Агат – ВУ
- в) линейный ускоритель
- г) синхрофазотрон

При распространении опухоли эндометрия на цервикальный канал необходимо выполнить

- а) экстирпацию матки с придатками
- б) расширенную экстирпацию матки с придатками и тазовой лимфаденэктомией (по Вертгейму)
- в) экстирпацию матки с придатками и удаление большого сальника
- г) электрохирургическую абляцию эндометрия

Основным путём распространения неэпителиальных опухолей яичников является

- а) лимфогенный
- б) имплантационный
- в) гематогенный
- г) ятрогенный

У взрослых чаще встречаются следующие доброкачественные опухоли яичников

- а) муцинозные и цилиоэпителиальные
- б) эндометриозидные
- в) фибромы и текомы
- г) стромы полового тяжа и дисгерминома

Дайте характеристику первичного очага при раке яичников, если опухолевое поражение выходит за пределы малого таза, поражая большой сальник

- а) T1a
- б) T1c
- в) T2
- г) T3

Комбинированное лечение при раке яичников включает, как правило

- а) химиотерапию + лучевую терапию
- б) операцию + химиотерапию
- в) операцию + лучевую терапию

г) операцию + химиотерапию + лучевую терапию

При серозных раках яичников наиболее характерно повышение следующего опухолевого маркера

а) СА - 125

б) SCC

в) BRCA I/II

г) хорионического гонадотропина