Федеральное медико-биологическое агентство
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»
Медико-биологический университет инноваций и непрерывного образования

Кафедра онкологии и радиационной медицины с курсом медицинской физики

УТВЕРЖДАЮ
Первый проректор МБУ ИНО ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна
_____ В.Н. Олесова
«27» апреля 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ С ОЦЕНОЧНЫМИ СРЕДСТВАМИ

основная профессиональная образовательная программа
высшего образования – программа ординатуры
по специальности
31.08.57 Онкология

Уровень образования: подготовка кадров высшей квалификации

ДОКУМЕНТ ПОДПИСАН
ЭЛЕКТРОННОЙ ПОДПИСЬЮ

Сертификат: 5245C700D5AFBD9B467025BEFED80EEF
Владелец: Олесова Валентина Николаевна
Действителен: с 30.03.2023 до 20.04.2024

Москва, 2023

1. Общие положения

1.1. Законодательные и нормативные основы разработки программы государственной итоговой аттестации

– Федеральный закон от 29.12.2012 № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 № 1100 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.57 Онкология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования – программам ординатуры»;

– приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки».

1.2. Государственная итоговая аттестация в структуре программы ординатуры

Государственная итоговая аттестация относится в полном объеме к базовой части программы ординатуры – Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» – и завершается присвоением квалификации «Врач-онколог».

В Блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка и сдача государственного экзамена.

Трудоемкость освоения программы государственной итоговой аттестации выпускников основной профессиональной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры по специальности 31.08.57 Онкология составляет 3 зачетных единицы, из них: 2 зачетных единицы приходятся на подготовку к государственному экзамену и 1 зачетная единица – государственные итоговые испытания в форме государственного экзамена.

2. Требования к государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе ординатуры по специальности 31.08.57 Онкология выявляет теоретическую и практическую подготовку выпускника в соответствии требованиями ФГОС ВО по специальности.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после успешного освоения программ дисциплин и практик в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры.

Государственная итоговая аттестация включает оценку сформированности у выпускников всех универсальных и профессиональных компетенций, установленных ФГОС ВО по специальности 31.08.57 Онкология, путем оценки знаний, умений и владений в соответствии с содержанием программы ординатуры, характеризующих их готовность к выполнению профессиональных задач, соответствующих квалификации «Врач-онколог».

Перечень компетенций,
оцениваемых на государственной итоговой аттестации

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями**:

– готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

– готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

– готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **профессиональными компетенциями**:

Профилактическая деятельность:

– готовностью к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

– готовностью к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

– готовностью к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

– готовностью к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4).

Диагностическая деятельность:

– готовностью к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5).

Лечебная деятельность:

– готовностью к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании онкологической медицинской помощи (ПК-6);

– готовностью к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7).

Реабилитационная деятельность:

– готовностью к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8).

Психолого-педагогическая деятельность:

– готовностью к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9).

Организационно-управленческая деятельность:

– готовностью к применению основных принципов организации и управления в

сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

– готовностью к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

– готовностью к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

3. Структура государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация проводится в форме государственного экзамена, состоящего из двух этапов:

1) междисциплинарное тестирование;

2) устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры, результаты освоения которых имеют определяющее значение для профессиональной деятельности выпускников.

3.1. 1 этап – Междисциплинарное тестирование

Тестовый контроль проводится с целью определения объема и качества знаний выпускника.

Междисциплинарное тестирование осуществляется по материалам утвержденного фонда оценочных средств, который охватывает содержание всех обязательных дисциплин учебного плана программы ординатуры. Индивидуальное тестирование выпускника включает 100 тестовых заданий.

Примеры контрольно-измерительных материалов, выявляющих результаты освоения выпускником программы ординатуры:

Задание: укажите правильный вариант (варианты) ответа.

1. Паренхиму новообразования составляют

1) собственно опухолевые клетки
2) соединительная ткань
3) кровеносные и лимфатические сосуды
4) нервы и клеточные элементы стромы

2. Символ «М» применяется для обозначения

1) метастазов в отдаленных органах
2) метастазов в отдаленные группы лимфатических узлов
3) и того, и другого
4) ни того, ни другого

3.2. 2 этап – Устное собеседование по дисциплинам программы ординатуры

Устное собеседование проводится с целью определения качества теоретической подготовки, сформированности универсальных и профессиональных компетенций выпускника, оценки профессионального мышления, умения решать профессиональные задачи, анализировать информацию и принимать соответствующие решения.

Основой для проведения устного собеседования являются экзаменационные билеты, включающие:

– контрольные вопросы, выявляющие теоретическую подготовку выпускника;

– контрольные задания, выявляющие практическую подготовку выпускника;

– ситуационные задачи, выявляющие сформированность компетенций, предусмотренных ФГОС ВО по специальности 31.08.57 Онкология.

Примеры контрольных вопросов:

1. Основные биологические особенности опухолевой ткани.
2. Понятие о прогрессии опухолей. Клональная природа опухолей.

Примеры контрольных заданий:

1. Опишите особенности клинического течения злокачественных лимфом. Перечислите классификацию, методы диагностики, принципы лечения.

2. Перечислите предраковые изменения кожи (облигатные и факультативные), их лечение. Проведите дифференциальный диагноз базалиомы и рака кожи.

Примеры ситуационных задач:

Ситуационная задача № 1.

Больной 37 лет 2 месяца назад обнаружил примесь крови в каловых массах. Из анамнеза: в течение многих лет страдает запорами, отец больного в возрасте 40 лет погиб от рака прямой кишки (неоперабельного). При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы обычной окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких без патологии. Живот мягкий, болезненный в левом мезогастрии. Печень не увеличена. При пальцевом исследовании определяется нижний полюс плотной опухоли по задней стенке, на перчатке - кровь. При колоноскопии на 7 см от ануса выявлена экзофитная, рыхлая, контактно кровоточащая опухоль до 6 см в диаметре (гистология: высокодифференцированная аденокарцинома). В ободочной кишке, начиная от печеночного изгиба, множество полипов от 0,5 до 2 см в диаметре.

Задание:

1. Назовите предположительный диагноз.

2. Назовите минимальный объем дополнительного обследования для определения лечебной тактики.

3. Определите методы лечения.

Ситуационная задача № 2.

Больной Ш., 55 лет. Жалобы на наличие запоров. На основании клинических данных, инструментальных, лучевых, морфологических исследований установлен диагноз: рак верхнеампулярного отдела прямой кишки (аденокарцинома) T4NxMo II ст.

Установлена глубина расположения опухоли 10 см от крестца. Опухоль неоперабельна. Прорастание в крестец.

Вопросы:

1. Оптимальные методы исследования?

2. Возможные методы лечения?

3. Какой прогноз?

В процессе проведения государственного экзамена выпускнику могут быть заданы уточняющие или дополнительные (не включенные в билет) вопросы по программе государственного экзамена.

4. Порядок подготовки и проведения государственной итоговой аттестации

Государственный экзамен является заключительным этапом подготовки выпускника и проводится согласно календарному учебному графику и расписанию государственной итоговой аттестации.

Перед государственным экзаменом проводятся консультации, на которых обучающиеся могут задать вопросы по содержанию материала, входящего в программу государственного экзамена, который вызвал затруднения при подготовке.

При подготовке к государственному экзамену выпускнику следует опираться на материалы лекций, рекомендованную литературу, федеральные клинические рекомендации.

Порядок проведения государственной итоговой аттестации, в том числе подачи апелляции по результатам государственной итоговой аттестации, установлен соответствующим локальным нормативным актом Университета.

5. Критерии оценки

Результаты государственного экзамена оцениваются по каждому этапу в отдельности. Общая оценка за государственный экзамен выставляется по совокупности результатов выполнения всех заданий.

Описание шкалы оценивания результатов тестирования:

- от 90% и выше правильных ответов – **отлично**;
- от 80% до 89% правильных ответов – **хорошо**;
- от 70% до 79% правильных ответов – **удовлетворительно**;
- менее 70% правильных ответов – **неудовлетворительно**.

Описание шкалы оценивания при ответе на контрольные вопросы:

Отлично – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; выпускник демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе.

Хорошо – выпускник дает полные, исчерпывающие и аргументированные ответы на основные и дополнительные экзаменационные вопросы; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса; имеются незначительные упущения в ответах.

Удовлетворительно – выпускник дает неполные и слабо аргументированные ответы на вопросы, демонстрирующие общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы.

Неудовлетворительно – выпускник демонстрирует незнание и непонимание существа поставленных вопросов.

Описание шкалы оценивания при решении ситуационных задач:

Отлично – выпускник правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации, правильно отвечает на вопросы с привлечением лекционного материала, учебника и дополнительной литературы.

Хорошо – выпускник правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании и несущественные ошибки при ответах на вопросы.

Удовлетворительно – выпускник ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией. Допускает существенные ошибки при ответе на вопросы, демонстрируя поверхностные знания предмета.

Неудовлетворительно – выпускник не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз. Не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы.

Описание шкалы оценивания при выполнении контрольных заданий:

Отлично – выпускник правильно выполняет все практические задания, правильно интерпретирует свои действия, показывая уверенное владение навыками и умениями.

Хорошо – выпускник в основном правильно выполняет практические задания, интерпретирует свои действия и самостоятельно может исправить выявленные преподавателем отдельные ошибки.

Удовлетворительно – выпускник ориентируется в основном задании по практическим навыкам, но допускает ряд существенных ошибок, которые исправляет с помощью преподавателя.

Неудовлетворительно – выпускник не справился с предложенным заданием, не может правильно интерпретировать свои действия и не справляется с дополнительным заданием.

6. Перечень рекомендуемой литературы для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

Чиссов В.И. Онкология: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В.И. Чиссова, М. И. Давыдова – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. – 576 с. – ISBN 978-5-9704-3982-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439821.html

Ганцев Ш.Х. Амбулаторно-поликлиническая онкология / Ш. Х. Ганцев, В. В. Старинский, И.Р. Рахматуллина, Л.Н. Кудряшова, Р.З. Султанов, Д.Д. Сакаева – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 448 с. – ISBN 978-5-9704-2875-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428757.html

Чиссов В.И. Атлас онкологических операций / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга, А.И. Пачеса – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 632 с. – ISBN 978-5-9704-0712-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970407127.html

Липатов О.Н. Лучевые методы лечения / Липатов О.Н., Муфазалов Ф.Ф., Турсуметов Д.С., Гончарова О.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 176 с. (Серия «Онкология») – ISBN 978-5-9704-5907-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459072.html

Каприн А.Д. Терапевтическая радиология: национальное руководство / под ред. А.Д. Каприна, Ю.С. Мардынского. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 704 с.: ил. – ISBN 978-5-9704-5128-1. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451281.html

Ганцев Ш.Х. Рак кожи. Меланома / Ганцев Ш.Х., Кзыргалин Ш.Р., Тимин К.Е. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 160 с. (Серия «Онкология») – ISBN 978-5-9704-5658-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456583.html

Ганцев Ш.Х. Рак легкого / Ганцев Ш.Х., Хмелевский А.А. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 160 с. (Серия «Онкология) – ISBN 978-5-9704-5642-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456422.html

Решетов И.В. Рак щитовидной железы: руководство для врачей / Решетов И.В., Романчишен А.Ф., Гостимский А.В. и др. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 128 с. (Серия «Онкология») – ISBN 978-5-9704-5878-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458785.html

Аляев Ю.Г. Оперативное лечение больных опухолью почки (прошлое, настоящее, будущее) / Ю.Г. Аляев, П.В. Глыбочко – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. – 488 с. – ISBN 978-5-9704-3581-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435816.html

Каприн А.Д. Онкогинекология: национальное руководство / под ред. Каприна А.Д., Ашрафяна Л.А., Стилиди И.С. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 384 с. (Серия «Национальные руководства») – ISBN 978-5-9704-5329-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453292.html

Чиссов В.И. Онкоурология: национальное руководство / Под ред. В.И. Чиссова, Б.Я. Алексеева, И.Г. Русакова. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 688 с. – ISBN 978-5-9704-2181-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970421819.html

Ревишвили А.Ш. Криохирургия / под ред. А.Ш. Ревишвили, А.В. Чжао, Д.А. Ионкина – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 376 с. – ISBN 978-5-9704-4976-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449769.html

Дополнительная литература:

Банин В.В. Цитология. Функциональная ультраструктура клетки. Атлас / Банин В.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 264 с. – ISBN 978-5-9704-3891-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438916.html

Червонная Л.В. Пигментные опухоли кожи / Червонная Л.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 224 с. – ISBN 978-5-9704-3673-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436738.html

Олисова О.Ю. Дерматоонкология и онкогематология. Атлас / под ред. Олисовой О.Ю. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 144 с. – ISBN 978-5-9704-5413-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454138.html

Рукавицын А.А. Справочник врача-гематолога / А.А. Рукавицын, О.А. Рукавицын. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 208 с. – ISBN 978-5-9704-5807-5. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458075.html

Поп В.П. Множественная миелома и родственные ей заболевания / В.П. Поп, О.А. Рукавицын [и др.]. – 3-е изд., перераб. и доп. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 224 с.: ил. – ISBN 978-5-9704-4133-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441336.html

Венедиктова М.Г. Опухоли наружных половых органов / Венедиктова М.Г., Доброхотова Ю.Э., Морозова К.В., Тер-Ованесов М.Д. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 48 с. – ISBN 978-5-9704-4821-2. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448212.html

Венедиктова М.Г. Опухоли шейки матки / Венедиктова М.Г., Доброхотова Ю.Э., Морозова К. В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. – 112 с. – ISBN 978-5-9704-4822-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448229.html

Венедиктова М.Г. Рак тела матки / Венедиктова М.Г., Доброхотова Ю.Э., Морозова К. В., Тер-Ованесов М.Д. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 64 с. – ISBN 978-5-9704-4823-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448236.html

Доброхотова Ю.Э. Опухоли яичников / Доброхотова Ю.Э., Венедиктова М.Г., Морозова К.В., Тер-Ованесов М.Д. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 160 с. – ISBN 978-5-9704-4841-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448410.html

Венедиктова М.Г. Трофобластическая болезнь / Венедиктова М.Г., Доброхотова Ю. Э., Морозова К.В., Тер-Ованесов М.Д. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 64 с. – ISBN 978-5-9704-4824-3. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448243.html

Доброхотова Ю.Э. Рак и беременность / Доброхотова Ю.Э., Венедиктова М.Г., Морозова К.В., Боровкова Е.И. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. – 64 с. – ISBN 978-5-9704-4842-7. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448427.html

Гажонова В.Е. Ультразвуковое исследование молочных желез / Гажонова В.Е. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 544 с. – ISBN 978-5-9704-5422-0. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454220.html

Хаитов Р.М. Иммунотерапия / под ред. Хаитова Р.М., Атауллаханова Р.И., Шульженко А.Е. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 768 с. – ISBN 978-5-9704-5372-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453728.html

Чиссов В.И. Ошибки в клинической онкологии: руководство для врачей / Под ред. В.И. Чиссова, А.Х. Трахтенберга – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 768 с. (Серия «Библиотека врача-специалиста») – ISBN 978-5-9704-1117-9. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970411179.html

Банин В.В. Цитология. Функциональная ультраструктура клетки. Атлас / Банин В.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 264 с. – ISBN 978-5-9704-3891-6. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438916.html

Червонная Л.В. Пигментные опухоли кожи / Червонная Л.В. – Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. – 224 с. – ISBN 978-5-9704-3673-8. – Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436738.html

Приложение к программе
государственной итоговой аттестации с оценочными средствами
программы ординатуры 31.08.57 Онкология

Фонд оценочных средств

1. Контрольно-измерительные материалы для проведения междисциплинарного тестирования

№ п/п	Наименование дисциплины / кол-во тестовых заданий	Тестовые задания
1.	Онкология /60	**1. Паренхиму новообразования составляют** 1) собственно опухолевые клетки 2) соединительная ткань 3) кровеносные и лимфатические сосуды 4) нервы и клеточные элементы стромы **2. Символ «М» применяется для обозначения** 1) метастазов в отдаленных органах 2) метастазов в отдаленные группы лимфатических узлов 3) и того, и другого 4) ни того, ни другого **3. Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению** 1) рака кожи 2) рака легкого 3) рака желудка 4) нет правильного ответа **4. Строму новообразования составляют** 1) собственно опухолевые клетки 2) соединительная ткань 3) кровеносные и лимфатические сосуды 4) нервы и клеточные элементы стромы 5) правильно: 1, 2, 3 е) правильно: 2, 3, 4 **5. Карцинома in sity в классификации ТНМ соответствует** 1) I стадии 2) II стадии 3) III стадии 4) IV стадии 5) 0 стадии (стадии 0) **6. Злокачественные опухоли могут быть вызваны воздействием** 1) полициклических ароматических углеводородов 2) ионизирующего излучения 3) ретровирусов 4) правильно 1, 2 5) все ответы правильные **7. В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток** 1) не нарушена 2) нарушена умеренно

		3) нарушена выраженно 4) возможны все варианты **8. Наиболее угрожающей для развития рака является** 1) диффузная неравномерная гиперплазия 2) очаговые пролифераты 3) нодозные (узловые) пролифераты 4) правильно 2, 3 5) все ответы верные **9. Символ «M x» в клинической классификации TNM обозначает** 1) недостаточно данных для определения отдаленных метастазов 2) нет признаков отдаленных метастазов 3) имеются отдаленные метастазы **10. К химическим канцерогенным веществам относятся следующие классы соединений** 1) полициклические ароматические углеводороды и гетероциклические соединения 2) ароматические азотосоединения и аминосоединения 3) нитрозосоединения 4) металлы, металлоиды, неорганические соли 5) все перечисленное **11. Наиболее объективные сведения о местной распространенности опухолевого процесса (стадии заболевания) могут быть получены** 1) при клиническом осмотре больного 2) при рентгенологическом исследовании 3) при использовании эндоскопических методов 4) при патоморфологическом исследовании резецированного (удаленного) органа с регионарным лимфатическим аппаратом **12. Радиоактивный йод применяют с целью диагностики опухолей** 1) поджелудочной железы 2) желудка 3) щитовидной железы 4) все ответы правильные 5) правильного ответа нет **13. Сочетание «No» обозначает** 1) недостаточно данных для оценки регионарных лимфатических узлов 2) нет признаков метастатического поражения регионарных лимфатических узлов 3) одну из степеней поражения метастазами регионарных лимфатических узлов **14. Эпидемиология злокачественных новообразований изучает** 1) причины возникновения и закономерности массового распространения опухолевых заболеваний 2) возможности профилактики онкологических заболеваний и пути борьбы с ним 3) и то, и другое

		4) ни то, ни другое **15. Низкодифференцированные опухоли желудочно-кишечного тракта обладают преимущественно** 1) инфильтративным ростом 2) экзофитным ростом 3) смешанным ростом 4) все перечисленные типы встречаются с одинаковой частотой **16. Международная классификация новообразований по системе TNM применяется для характеристики** 1) предопухолевых состояний 2) доброкачественных опухолей 3) злокачественных опухолей 4) нет правильного ответа **17. Символ «Mo» в клинической классификации обозначает** 1) недостаточно данных для определения отдаленных метастазов 2) нет признаков отдаленных метастазов 3) имеются отдаленные метастазы **18. Носитель генетической информации находится** 1) в клеточной мембране 2) в цитоплазме 3) в ядре 4) правильно 2, 3 д) во всех структурах клетки **19. Опухоли могут вызваться** 1) химическими агентами 2) физическими агентами 3) биологическими агентами 4) все ответы верные 5) правильные ответы 1, 2 **20. Степень гистологической дифференцировки опухоли может быть** 1) высокой 2) средней 3) низкой 4) все ответы верные **21. К физическим канцерогенным факторам относятся** 1) ионизирующая радиация 2) ультрафиолетовые лучи 3) вибрация 4) повышенное атмосферное давление 5) правильные ответы 1, 2 **22. При онкологических заболеваниях чаще всего наблюдается** 1) гипокоагуляция 2) нормокоакуляция 3) гиперкоагуляция 4) все варианты встречаются с одинаковой частотой **23. Основной путь лимфооттока в нормальных**

		условиях 1) ортоградный 2) ретроградный 3) коллатеральный 4) смешанный **24. В структуре заболеваемости наибольший удельный вес составляет** 1) гипертоническая болезнь 2) профессиональные заболевания 3) острые респираторные заболевания и грипп 4) злокачественные новообразования 5) сердечно-сосудистые заболевания **25. Символ «а» в классификации (кроме опухолей женских половых органов), как правило, указывает** 1) на отсутствие регионарных метастазов 2) на наличие регионарных метастазов 3) на наличие отдаленных метастазов **26. Цифры в классификации TNM добавляется к символу** 1) T 2) N 3) M 4) все ответы верные **27. Наибольшей канцерогенной активностью обладают** 1) жиры 2) углеводы 3) витамины группы А и В 4) полициклические ароматические углеводороды д) белки **28. В индустриальных странах главной причиной увеличения смертности от злокачественных новообразований является** 1) старение населения 2) резкое ухудшение экологической обстановки 3) увеличение влияния профессиональных вредностей 4) нет правильного ответа **29. Метастазы в любых не регионарных лимфатических узлах классифицируют в виде** 1) N0 2) Nx 3) NI – 3 4) MI **30. Носителем генетической информации клетки человека в основном является** 1) РНК 2) АТФ 3) ДНК 4) правильно только 1, 2 5) все ответы правильные **31. Возникновению опухолей способствует** 1) снижение показателей клеточного иммунитета

		2) состояние иммунитета не влияет на возникновение опухолей 3) влияние иммунитета на возникновение опухолей спорно **32. Задачами онкологического диспансера является:** 1) организация профосмотров 2) анализ статистических данных по заболеваемости и смертности 3) онкологическая подготовка врачей 4) научно – исследовательская работа 5) верные ответы первые 3 6) все ответы верны **33. Сочетание «Tin situ» обозначает** 1) оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно 2) первичная опухоль не определяется 3) преинвазивная карцинома **34. Обязательным свойством только злокачественных опухолей является** 1) инфильтративный рост 2) метастазирование 3) экспансивный рост 4) все ответы правильные 5) правильные ответы 1, 2 **35. К 1б клинической группе больных относятся** 1) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования 2) больные с предопухолевыми заболеваниями 3) больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению; 4) лица, излеченные от злокачественных новообразований д) правильного ответа нет **36. Ортоградным лимфогенным метастазированием считается** 1) метастазирование против тока лимфы 2) метастазирование по току лимфы 3) и тот, и другой 4) ни то, ни другое **37. Самой частой злокачественной опухолью у мужчин в нашей стране является** 1) рак легких 2) рак желудка 3) рак предстательной железы 4) рак прямой кишки **38. Наличие множественных, подвижных метастазов в регионарных лимфатических узлах характеризует, как правило** 1) II а стадию 2) II б стадию 3) III а стадию 4) III б стадию

		5) правильные ответы 2, 4 **39. Ко II клинической группе больных относится** 1) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования 2) больные с предопухолевыми заболеваниями 3) больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению 4) лица, излеченные от злокачественных новообразований 5) правильного ответа нет **40. Сочетание «Tx» обозначает** 1) оценить размеры и местное распространение опухоли невозможно 2) первичная опухоль отсутствует 3) преинвазивная карцинома **41. Определение гормональных рецепторов важно** 1) для типирования гистологической природы опухоли 2) для определения уровня гормонов в организме 3) для определения целесообразности гормонотерапии 4) все ответы правильные **42. К III клинической группе больных относится** 1) больные с заболеваниями, подозрительными на злокачественные новообразования 2) больные с предопухолевыми заболеваниями 3) больные с установленным диагнозом злокачественного новообразования и подлежащие радикальному лечению 4) лица, излеченные от злокачественных новообразований 5) правильного ответа нет **43. Цифры в классификации TNM указывают** 1) на локализацию первичной опухоли 2) на распространенность опухолевого процесса 3) оба ответы верные 4) нет правильного ответа **44. Необходимым элементом вирусного канцерогенеза является** 1) размножение вируса в клетке 2) гибель клетки 3) внедрение вируса в геном клетки 4) изменение иммунологического статуса 5) все ответы правильные **45. Дифференцировка клеток в злокачественных опухолях** 1) не нарушается 2) нарушена часто 3) нарушена редко 4) нарушена всегда **46. Феномен обструкции при раке толстой кишки проявляется** 1) кишечным кровотечением 2) постоянными болями в животе 3) повышением температуры

		4) кишечной непроходимостью **47. Канцерогенными для человека производственными процессами являются** 1) работа с асбестом, сажей, производство резины 2) работа с мышьяком, никелем, хромом и их соединениями 3) деревообрабатывающая и мебельная промышленность; 4) правильно 1, 2 д) все ответы правильные **48. Феномен деструкции при раке толстой кишки проявляется** 1) кишечным кровотечением 2) постоянными болями в животе 3) повышением температуры 4) кишечной непроходимостью **49. Феномен интоксикации при раке толстой кишки проявляется** 1) кишечным кровотечением 2) постоянными болями в животе 3) повышением температуры 4) кишечной непроходимостью **50. Феномен обструкции при раке легкого проявляется** 1) ателектазом доли легкого 2) кровохарканьем 3) кашлем с мокротой 4) болями в грудной клетке 5) повышением температуры **51. Феномен деструкции при раке легкого проявляется** 1) ателектазом доли легкого 2) кровохарканьем 3) кашлем с мокротой 4) болями в грудной клетке 5) повышением температуры **52. Феномен интоксикации при раке легкого проявляется** 1) ателектазом доли легкого 2) кровохарканьем 3) кашлем с мокротой 4) болями в грудной клетке 5) повышением температуры **53. Вторичная профилактика рака предусматривает** 1) устранение химических канцерогенов 2) профилактику инфицирования онкогенных вирусов 3) отказ от курения 4) выявление и лечение предраковых заболеваний **54. Наиболее распространенным канцерогеном в природе является** 1) 2-нафталамин 2) тяжелые металлы, металлоиды 3) радионуклиды

		4) бензопирен **55. В общей структуре онкологической заболеваемости населения РФ первое место занимает рак** 1) легкого 2) желудка 3) молочной железы 4) щитовидной железы **56. Скрининговые исследования на выявление рака наиболее рационально следует начинать с возрастной группы** 1) 15-24 лет 2) 25-34 лет 3) 35-44 лет 4) 45-54 лет **57. К какой клинической группе относится больная с фиброаденомой молочной железы** 1) 1а 2) 16 3) II 4) III **58. Контрольной картой диспансерного наблюдения больных является** 1) Форма № 90-у 2) Форма № 25-у 3) Форма № 30-у 4) Форма № 27-1у **59. Протокол запущенности заполняется в 2-х экземплярах на больных при выявлении** 1) II-б стадии 2) III-а стадии 3) III-б стадии 4) IV-стадии, III-б стадии наружных локализаций **60. При визуально-доступных локализациях рака протокол запущенности (форма № 27-2у) заполняется на больных со злокачественными новообразованиями** 1) внутриэпителиальная карцинома 2) I стадия 3) II -а стадия 4) III стадия
2.	Общественное здоровье и здравоохранение /5	**1. К системам охраны здоровья населения относятся** 1) государственная система здравоохранения 2) муниципальная система здравоохранения 3) частная система здравоохранения 4) система медико-социального обеспечения 5) все перечисленное **2. Факторами, оказывающими влияние на здоровье населения, являются** 1) генетические 2) природно-климатические 3) уровень и образ жизни населения 4) уровень, качество и доступность медицинской помощи

		5) социально-экономические условия; 6) все перечисленные **3. К косвенному экономическому ущербу в связи с инвалидностью нельзя отнести** 1) потери трудовых мест в связи с инвалидностью 2) расходы на лечебную помощь 3) выплата пенсий по инвалидности **4. К основным направлениям, которые необходимы для развития здравоохранения, относятся все перечисленные кроме** 1) эффективное распределение ресурсов здравоохранения по регионам 2) равенство и доступность медицинской помощи для населения 3) финансирование учреждений здравоохранения 4) качество медицинской помощи 5) социально-экономические условия для медицинского персонала 6) здоровье населения **5. В методику расчета себестоимости медицинских услуг в стационаре не включаются** 1) расходы на питание пациентов 2) расходы на медикаменты 3) накладные расходы 4) верных ответов нет
3.	Педагогика /5	**1. Науки, входящие в систему педагогических** 1) дидактика, психология, история, философия, школоведение 2) общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов 3) педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология 4) общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология 5) история педагогики, педагогика высшей школы, теория воспитания, школьная гигиена **2. К методам просветительской работы относят все, кроме** 1) наглядных 2) комбинированных 3) устных 4) творческих **3. Документ, разрабатываемый по каждой дисциплине учебного плана и определяющий научное содержание, наименование и основные вопросы разделов и тем, распределение учебного времени по разделам, темам и видам учебных занятий, называется** 1) учебная программа 2) учебный план 3) государственный образовательный стандарт 4) тематический план **4. Деятельность, включающая в себя проведение**

		измерений, экспертизы, испытаний для оценки одной или нескольких характеристик объекта и сравнение полученных результатов с установленными требованиями, – это 1) мониторинг 2) контроль 3) планирование качества 4) оценка качества **5. Выражение объема изученного материала, основанного на определенных результатах обучения, и связанной с ними нагрузки – это** 1) кредит 2) нагрузка 3) зачетные единицы
4.	Медицина чрезвычайных ситуаций /5	**1. Задачи РСЧС** 1) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты населения и территорий от ЧС 2) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС 3) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС 4) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС 5) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС **2. В состав ВСМК входят все, кроме** 1) служба медицины катастроф Минздрава и Минобороны России 2) силы и средства Роспотребнадзора, РАН, МВД России, МЧС России 3) силы и средства органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления 4) силы и средства медицинской службы гражданской обороны **3. Организационной формой, позволяющей своевременно оказать медицинскую помощь наибольшему числу пораженных при массовых поражениях, является** 1) быстрое выведение пораженных из очага катастрофы; 2) четко организованная медицинская эвакуация 3) прогнозирование исхода поражения 4) медицинская сортировка 5) оказание неотложной помощи **4. Что включает площадка для сбора и оказания медицинской помощи в очаге ЧС** 1) пункт сбора пораженных 2) распределительный пост 3) сортировочная площадка 4) площадка санитарного транспорта 5) площадка оказания медицинской помощи 6) площадка размещения легко пораженных

		7) площадка размещения тяжело пораженных **5. В случае массового поступления пострадавших главный (дежурный) врач ЛПМО** 1) формирует сортировочные бригады для работы в приемном отделении 2) контролирует подготовку приемного отделения, операционного и реанимационного блоков и других подразделений ЛПМО к приему пострадавших 3) контролирует подготовку хирургического и травматологического отделений, реанимационных палат и других функциональных подразделений к приему пострадавших и оказанию им медицинской помощи 4) отдает распоряжение заведующему аптекой о подготовке к выдаче в отделения необходимого медицинского имущества и медикаментов 5) при невозможности оказания пострадавшим медицинской помощи в необходимом объеме запрашивает через ТЦМК бригады медицинского усиления 6) контроль исполнения решения
5.	Патология /5	**1. При общении практикующего врача с родственниками умершего основным нормативным актом, регламентирующим его права и обязанности является** 1) Приказ Минздрава России «О порядке проведения патолого-анатомических вскрытий» 2) ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» 3) ФЗ «О погребении и похоронном деле» 4) Приказ Минздрава России «О правилах проведения патолого-анатомических исследований» 5) Приказ Минздравсоцразвития «Об утверждении Порядка организации и производства судебно-медицинских экспертиз в государственных судебно-экспертных учреждениях Российской Федерации» **2. К основным методам лабораторной диагностики относятся** 1) Цитологический 2) Иммуногистохимический 3) Молекулярно-генетический 4) Серологический 5) Ничего из вышеперечисленного 6) Все вышеперечисленные **3. Понятие АТИПИЯ относится к** 1) Доброкачественной опухоли 2) Продуктивному воспалению 3) Гнойному расплавлению ткани 4) Жировому перерождению ткани 5) Ничего из вышеперечисленного 6) Все вышеперечисленные **4. К исходам патологического процесса можно отнести** 1) Замещение соединительной тканью 2) Замещение нейроглией 3) Формирование кисты

		4) Формирование каверны 5) Ничего из вышеперечисленного 6) Все вышеперечисленные. **5. Осложнение основного заболевания – это** 1) одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые сами по себе или через обусловленные ими осложнения привели к летальному исходу 2) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которыми одновременно страдал умерший и каждое из них в отдельности несомненно могло привести к летальному исходу 3) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые этиологически не связаны, но включились в общий патогенез с основным заболеванием, явились одной из причин его развития, впоследствии отягощали течение и способствовали развитию смертельных осложнений, приведших к летальному исходу 4) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), которые связаны с основным заболеванием патогенетически (непосредственно или опосредованно) и не являются его проявлением (не включены в синдромокомплекс основного заболевания) 5) Одна или несколько нозологических форм (заболеваний, травм), этиологически и патогенетически не связанные с основным заболеванием и не оказавшие влияния на летальный исход
6.	Современная диагностика, хирургическое и комбинированное лечение онкологии /20	**1. Термографический метод наиболее информативен при обследовании больных с опухолями** 1) легких 2) органов брюшной полости 3) молочной железы 4) щитовидной железы 5) правильные ответы 3) и 4) **2. Рентгенологическое томографическое исследование органов грудной полости позволяет** 1) определить точную локализацию и распространенность процесса в легочной паренхиме 2) изучить состояние трахеи и главных бронхов 3) изучить состояние сегментальных бронхов 4) уточнить состояние лимфатических узлов средостения и корней легких 5) все ответы правильные **3. Радиофосфорный тест применяют для диагностики** 1) поверхностных опухолей 2) опухолей полостных органов, доступных для введения датчика 3) только для опухолей, имеющих тропность к фосфору; 4) все ответы правильные 5) правильные ответы 1) и 2) **4. Радиоизотопное исследования в клинической**

		онкологии используется 1) для визуализации первичной опухоли 2) для определения распространенности злокачественного процесса 3) для оценки функционального состояния некоторых внутренних органов; 4) правильные ответы 1) и 2) 5) все ответы правильные **5. Компьютерная томография может помочь клиницисту поставить** 1) морфологический диагноз 2) топический диагноз 3) клинический диагноз 4) все ответы правильные 5) правильного ответа нет **6. Основными методами диагностики доброкачественных опухолей пищевода являются: а) рентгенологический, б) эндоскопический, в) радиоизотопный, г) трахеобронхоскопия** 1) правильно а, б 2) правильно б, в 3) правильно в, г 4) правильно а, в 5) правильно а, г **7. Решающим методом диагностики центральных доброкачественных опухолей легкого является** 1) рентгеноскопия 2) рентгенография 3) томография 4) бронхография 5) фибробронхоскопия с биопсией **8. К хирургическим методам диагностики метастазов рака легкого в печень относятся: а) радиоизотопная гематография, б) ультразвуковая биолокация, в) рентгеновская компьютерная томография, г) лапароскопия, д) диагностическая лапаротомия:** 1) все ответы правильные 2) правильно а, б 3) правильно б, в 4) правильно в, г 5) правильно г, д **9. У больного 60 лет рак околоушной слюнной железы IIа стадии. Наиболее целесообразным методом лечения является** 1) комбинированное лечение с предоперационной дистанционной лучевой терапией 2) комбинированное лечение с послеоперационной дистанционной лучевой терапией 3) сочетанная лучевая терапия 4) только хирургическое лечение **10. Лучевая терапия в лечении злокачественных опухолей используется**

		1) как самостоятельный метод 2) в комбинации с хирургическим методом 3) в комбинации с лекарственной терапией (химио- и иммунотерапией) 4) все ответы правильные 5)правильные первые два ответа **11. При хирургическом лечении сарком костей соблюдаются следующие основные принципы** 1) радикальный характер операции 2) абластичность оперативного вмешательства 3) возможность дальнейшего протезирования 4) все ответы правильные 5) все ответы правильные, кроме 3) **12. Дробление общей дозы при радиоактивном (ионизирующем) облучении** 1) снижает онкогенный эффект 2) повышает онкогенный эффект 3) не оказывает какого-либо влияния на онкогенный эффект **13. Сочетанная лучевая терапия означает** 1) применение двух способов облучения или двух видов излучения 2) расщепление курса лучевой терапии 3) облучение с радиомодификаторами 4) облучение в сочетании с химиотерапией 5) правильного ответа нет **14. Показаниями к применению лучевой терапии (в качестве самостоятельного метода или в сочетании с химиотерапией) у больных с новообразованиями средостения являются: а) локальные и локально-регионарные формы злокачественных лимфом, б) инфильтративные формы злокачественных тимом, 3) инфильтративные тератобластомы, г) невриномы и нейрофибромы, 5) энтерогенные и бронхиальные кисты** 1) все ответы верные 2) верные все ответы, кроме д) 3) верные все ответы, кроме г) и д) 4) верные все ответы, кроме а) и б) 5) верные все ответы, кроме б) и в) **15. Проведение лучевой и лекарственной терапии (или их сочетание) без морфологической верификации диагноза у больного опухолью средостения возможно в ряде случаев при наличии следующих характеристик опухолевого процесса: а) молодой возраст, б) длительное существование опухоли (анамнез), в) четкие округлые контуры, г) быстрые темпы клинического развития при наличии общих симптомов, д) выраженное сдавление или признаки прорастания крупных сосудов и органов средостения, е) локализация в переднем средостении и полициклические контуры**

		1) правильно а) и б) 2) правильно а), б), в) 3) правильно а), б), е) 4) правильно б), в), е) 5) правильно г), д), е) **16. При хирургическом лечении новообразований средостения могут применяться следующие торакотомные и трансстернальные оперативные доступы: а) задне-боковой, б) боковой, в) трансстернальный продольный, г) трансстернальный поперечный, д) чрездвуплевральный** 1) все перечисленные 2) все перечисленные, кроме д) 3) все перечисленные, кроме г), д) 4) все перечисленные, кроме б) и г) 5) все перечисленные, кроме в) и д) **17. Наилучшие отдаленные результаты лечения злокачественных тимом получены** 1) при хирургическом лечении 2) при лучевом лечении 3) при химиотерапии 4) при комбинированном лечении (операция + лучевая терапия) **18. Лучевая терапия в комбинированном лечении злокачественных опухолей средостения наиболее часто используется при опухолях** 1) вилочковой железы 2) нейрофибросаркоме 3) фибросаркоме 4) все ответы правильные **19. Метод тотального облучения легких при лечении множественных метастазов (в самостоятельном варианте или в комбинации с химио-, гормонотерапией) должен применяться** 1) при радиочувствительных новообразованиях 2) независимо от радиочувствительности первичной опухоли 3) тактику определяют сроки выявления метастаза **20. При выборе метода лечения метастазов саркомы Юинга в легкие предпочтение следует отдать** 1) хирургическому методу 2) иммунотерапии 3) симптоматическому лечению 4) лучевому лечению и химиотерапии 5) хирургическому лечению в комбинации с лучевым

2. Контрольно-измерительные материалы для проведения устного собеседования по дисциплинам программы ординатуры

2.1. Контрольные вопросы, выносимые на государственный экзамен

1. Основные биологические особенности опухолевой ткани.
2. Понятие о прогрессии опухолей. Клональная природа опухолей.

3. Классификация и номенклатура опухолей.

4. Понятие о фоновых и предопухолевых состояниях.

5. Основные модели, применяемые в экспериментальной онкологии; индуцированные и перевиваемые опухоли, спонтанные, клеточные и органные культуры.

6. Основные характеристики злокачественной клетки: неконтролируемый рост, нарушения в программе конечной дифференцировки, нарушения в программе

клеточной смерти, способность к метастазированию, усиление механизмов устойчивости к неблагоприятным воздействиям.

7. Биохимические особенности опухолевых клеток.

8. Онкогены и онкобелки.

9. Пролиферация опухолевых клеток. Сигнальные пути, понятие о

митотическом цикле клетки.

10. Неоангиогенез в опухоли.

11. Множественная лекарственная устойчивость опухолевых клеток.

Канцерогенез

12. Канцерогенез. Понятия инициации, промоции и прогрессии опухолей.

13. Виды канцерогенеза: химический, вирусный, радиационный канцерогенез. Роль гормонов в развитии опухолей.

14. Противоопухолевый иммунитет: естественный и приобретенный.

15. Роль субпопуляций лимфоцитов в обеспечении противоопухолевого иммунитета (натуральные киллеры, макрофаги, цитотоксические лимфоциты, дендритные клетки и др.).

16. Роль цитокинов в обеспечении противоопухолевого иммунитета. Иммунотипирование опухолей.

17. Серологические опухолевые маркеры.

18. Иммунотерапия злокачественных новообразований. Иммуномодуляторы. Моноклональные антитела в онкологии. Противопухолевые вакцины. Организация онкологической службы

19. Основные этапы развития онкологической службы в нашей стране.

20. Структура онкологической службы в России.

21. Регистрация и учет онкологических больных, принцип определения клинических групп и их формы.

22. Профилактические осмотры, их виды. Онкологический скрининг. Эпидемиология злокачественных (опухолей) новообразований

23 Эпидемиология злокачественных новообразований в России. Структура и уровень заболеваемости и смертности от злокачественных опухолей в РФ.

24. Роль, место и виды статистических методов исследования, используемых при изучении эпидемиологии опухолей.

25. Понятие факторов риска.

26. Цели и задачи первичной профилактики рака.

27. Канцерогены.

28. Профессиональные опухоли и их профилактика.

29. Наследуемые новообразования: различные формы, частота, методы и возможности профилактики. Медико-генетическая профилактика – теоретические и практические аспекты.

30. Понятие раннего (доклинического) и своевременного распознавания злокачественных опухолей. Понятие «онкологическая настороженность».

31. Первичная и уточняющая диагностика опухолей.

32. Классификация злокачественных опухолей по стадиям, международная классификация по системе TNM.

33. Лучевая диагностика в онкологии.

34. Эндоскопические методы диагностики в онкологии.

35. Серологические опухолевые маркеры и их применение в онкологии.

36. Морфологическая диагностика опухолей (гистологическая, цитологическая). Иммунофенотипирование опухолей.

37. Клиническая онкогенетика.

38. Основные методы лечения злокачественных новообразований: хирургический, лучевой, лекарственный.

39. Комбинированное, сочетанное и комплексное лечение.

40. Радикальное, паллиативное и симптоматическое лечение.

41. Хирургическое лечение. Абластика. Соблюдение принципа зональности и футлярности. Расширенные и комбинированные операции. Объем оперативных вмешательств в зависимости от локализации, формы роста и распространенности опухоли.

42. Дополнительные способы хирургического воздействия в онкологии (электрохирургия, лазерное и криовоздействие), показания к их применению. Понятие об органосохранных вмешательствах в онкологии.

43. Лучевое лечение. Понятие о радиочувствительности и радиомодификации. Значение дозы, мощности и фактора времени при лучевой терапии.

44. Самостоятельная лучевая терапии и лучевая терапия в рамках комбинированного и комплексного лечения. Понятие о радикальной, паллиативной и симптоматической лучевой терапии.

45. Виды лучевой терапии (дистанционная и контактная: внутриполостная, внутритканевая, аппликационная и внутренняя лучевая терапия). Пред-, интра- и послеоперационная лучевая терапия.

46. Лучевые реакции и осложнения.

47. Показания и методы лучевой терапии при опухолях основных локализаций (раке пищевода, легкого, опухолях челюстно-лицевой зоны, раке молочной железы, опухолях женских половых органов, раке прямой кишки, лимфогранулематозе).

48. Классификация противоопухолевых препаратов: основные группы противоопухолевых препаратов в зависимости от механизма их действия.

49. Алкилирующие агенты (хлорэтиламины, этиленимины, производные нитрозомочевины, комплексные соединения платины).

50. Антиметаболиты (антагонисты фолиевой кислоты, антагонисты пиримидина, ингибиторы тимидилатсинтетазы).

51. Противоопухолевые антибиотики.

52. Препараты растительного происхождения (винкаалкалоиды, подофиллотоксины, ингибиторы топоизомеразы, таксаны).

53. Основы эндокринотерапии злокачественных опухолей. Понятие о гормональных рецепторах. Группы гормональных препаратов и антигормоны: эстрогены и их производные, антиэстрогены, андрогены, антиандрогены, прогестины, ингибиторы ароматазы, агонисты LH-RH, кортикостероиды.

54. Модификаторы биологический реакций и иммунотерапия опухолей (цитокины, моноклональные антитела, иммуномодуляторы).

55. Колониестимулирующие факторы в онкологии. Показания к назначению противоопухолевой лекарственной терапии.

56. Понятие о самостоятельной, неоадъювантной и адъювантной лекарственной терапии. Задачи адъювантной и неоадъювантной химиотерапии.

57. Противопоказания к назначению химиотерапии.

58. Монохимиотерапия и полихимиотерапия. Принципы составления комбинаций химиопрепаратов. Понятие избирательности противоопухолевого действия, терапевтическая широта.

59. Понятие первичной и вторичной резистентности опухоли к противоопухолевым препаратам. Перекрестная устойчивость опухоли.

60. Критерии оценки противоопухолевого эффекта. Объективный и субъективный эффект.

61. Токсические реакции противоопухолевой терапии. Шкала токсичности. Фотодинамическая терапия (ФДТ).

62. Понятие фотодинамической терапии.

63. Методические основы проведения фотодинамической терапии и фотодинамической диагностики у онкологических больных.

64. Фотосенсибилизаторы.

65. Показания и эффективность ФДТ при опухолях отдельных локализаций. Клиническая онкология.

66. Базалиома и рак кожи.

67. Предраковые изменения кожи (облигатные и факультативные), их лечение.

68. Лечение первичной опухоли кожи, рецидивов и метастазов (хирургическое лечение, лучевая терапия). Роль фотодинамической терапии. Отдаленные результаты и прогноз.

69. Меланома кожи.

70. Рак нижней губы.

71. Злокачественные опухоли слизистой оболочки полости рта (рак языка, дна полости рта, щеки, неба).

72.Опухоли слюнных желез.

73. Рак гортани.

74. Злокачественные опухоли щитовидной железы.

75. Опухоли шеи. Внеорганные опухоли шеи (нейрогенные, мезенхимальные, дисэмбриональные). Метастазы рака в лимфатические узлы шеи без выявления первичной опухоли.

76. Рак пищевода. Статистика и эпидемиология. Предраковые состояния.

77. Клиническая картина рака пищевода. Диагностика и дифференциальная диагностика.

78. Лечение рака пищевода: (хирургическое, лучевое, комбинированное и комплексное лечение). Отдаленные результаты и прогноз.

79. Рак желудка. Статистика и эпидемиология. Предопухолевые заболевания желудка, лечебная тактика.

80. Классификация рака желудка. Пути регионарного метастазирования рака желудка.

81. Диагностика и дифференциальная диагностика рака желудка.

82. Хирургическое лечение: показания к отдельным видам оперативных вмешательств, их объем, комбинированные операции. Роль расширенной лимфаденэктомии.

83. Лечение ранних форм рака желудка (органосохранные вмешательства, эндоскопическое лечение, ФДТ).

84. Осложненный рак желудка - клиника, лечебная тактика.

85. Рецидивы рака желудка - диагностическая и лечебная тактика. Рак оперированного желудка.

86. Возможности лучевой и лекарственной терапии при раке желудка.

87. Рак слепой, ободочной и прямой кишок. Статистика и эпидемиология. Полипы и ворсинчатые опухоли толстой кишки как предопухолевые заболевания, лечебная тактика.

88. Клиника рака слепой, ободочной и прямой кишок в зависимости от локализации и формы роста опухоли. Особенности метастазирования.

89. Первично-множественный рак ободочной кишки.

90. Принципы хирургического лечения рака слепой, ободочной и прямой кишок. Объем оперативных вмешательств. Сфинктеросохраняющие операции.

91. Роль лучевой терапии в лечении рака прямой кишки. Комбинированное лечение рака прямой кишки.

92. Адъювантная химиотерапия рака толстой кишки. Отдаленные результаты лечения и прогноз.

93. Лечебная тактика при солитарных метастазах в печень и легкие.

94. Рак молочной железы. Статистика, эпидемиология. Предопухолевые заболевания.

95. Организационно-методические аспекты ранней диагностики рака молочной железы (самообследование молочных желез, скрининг).

96. Современные методы диагностики, дифференциальный диагноз. Роль маммографии и ультразвукового исследования в диагностике рака молочной железы в зависимости от возраста больных.

97. Лечение рака молочных желез (хирургическое, лекарственное, лучевое, гормональное).

98. Прогностические факторы при раке молочной железы. Оценка рецепторного статуса и выбор метода лечения.

99. Органосохранные операции при раке молочной железы, показания и противопоказания.

100. Реконструктивно-пластические операции: показания, сроки выполнения.

101. Рак грудной железы у мужчин, особенности клинического течения, лечебная тактика.

102. Опухоли билио-панкреато-дуоденальной зоны.

103. Синдром механической желтухи. Дифференциальная диагностика желтух.

104. Ультразвуковое исследование, компьютерная томография и ангиография в дифференциальной диагностике опухолей билио-панкреато-дуоденальной
зоны.

105. Паллиативное и радикальное лечение рака головки поджелудочной железы. Возможности консервативной терапии. Результаты лечения и прогноз.

106. Первичные и метастатические опухоли печени. Эпидемиология и гистогенез первичного рака печени. Роль специальных методов в диагностике опухолей печени. Значение альфа-фетопротеина в дифференциальной диагностике.

107. Методы лечения первичного рака печени. Результаты и прогноз.

108. Внеорганные забрюшинные опухоли. Классификация, гистогенез. Особенности клинического течения.

109. Диагностика забрюшинных неогранных опухолей.

110. Лечение забрюшинных неогранных опухолей.

111. Рак легкого. Роль курения в возникновении рака легкого. Патологическая анатомия (формы роста, гистологические варианты строения).

112. Особенности клинического течения в зависимости от локализации и формы роста. Атипические формы рака легкого. Закономерности метастазирования.

113. Диагностика и дифференциальная диагностика рака легкого.

114. Методы лечения рака легкого (хирургический, лучевой, лекарственный, комбинированное и комплексное лечение). Отдаленные результаты лечения, прогноз.

115. Мелкоклеточный рак легкого - особенности клинического течения и лечебной тактики.

116. Опухоли средостения. Классификация. Клиническая картина. Диагностическая тактика. Роль специальных методов в диагностике. Лечебная тактика.

117. Рак почки. Классификация и патологическая анатомия.

118. Клиника и диагностика рака почки.

119. Хирургическое лечение рака почки. Органосохранное лечение. Особенности лечебной тактики при наличии отдаленных метастазов.

120. Роль консервативной терапии (химиотерапия, иммунотерапия). Отдаленные

результаты лечения и прогноз.

121. Особенности клиники, диагностики и лечения злокачественных опухолей лоханки.

122. Рак мочевого пузыря. Клиника, диагностика, лечение.

123. Злокачественные опухоли яичка. Роль опухолевых маркеров в диагностике и мониторинге опухолей яичка. Особенности течения и метастазирования.

124. Клиника и диагностика опухолей яичка.

125. Принципы лечения герминогенных опухолей.

126. Принципы лечения негерминогенных опухолей.

127. Показания к парааортальной лимфаденэктомии при опухолях яичка.

128. Рак полового члена.

129. Опухоли мягких тканей туловища и конечностей. Классификация. Виды рецидивирующих и метастазирующих опухолей мягких тканей.

130. Опухоли костей. Классификация, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

131. Рак шейки матки.Этиология и патогенез. Предраковые состояния, диагностическая и лечебная тактика.

132. Классификация рака шейки матки. Особенности распространения и метастазирования.

133. Лечебная тактика в зависимости от стадии и формы роста. Методы лечения (хирургическое, лучевое, комбинированное и комплексное лечение).

134. Органосохраняющее лечение при ранних стадиях заболевания. Отдаленные результаты лечения и прогноз.

135. Рак тела матки. Этиология, патогенез. Предраковые состояния, их выявление и лечение.

136. Особенности клинического течения и метастазирования рака тела матки. Диагностика.

137. Принципы хирургического, комбинированного и комплексного лечения рака тела матки.

138. Гормональное лечение (самостоятельное и в рамках комплексного лечения) рака тела матки.

139. Рак яичников. Особенности клинического течения. Диагностика и дифференциальная диагностика.

140. Лечение начальных форм рака яичников.

141. Лечение распространенных форм рака яичников, роль адъювантной и неоадъювантной химиотерапии.

142. Лечебная тактика при рецидивах заболевания.

143. Значение опухолевых маркеров в диагностике и мониторинге.

144. Хорионкарцинома матки. Патогенез, клиника, диагностика, лечение, прогноз.

145. Рак наружных половых органов и влагалища.

146. Острый и хронический лейкоз. Диагностика и лечение, прогноз.

147. Неходжкинские лимфомы. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

148. Лимфома Ходжкина. Клиника, диагностика, лечение, прогноз.

149. Детская онкология. Особенности диагностики и лечения опухолей у детей. Особенности лекарственной и лучевой терапии.

150. Забрюшинные опухоли у детей - диагностика и лечение.

151. Опухоль Вильмса - диагностика, лечение, прогноз.

152. Нейробластома - диагностика, лечение, прогноз.

153. Особенности течения лейкозов, лимфогранулематоза и гематосарком у детей. Реабилитация онкологических больных.

154. Общие принципы и виды реабилитации.

155. Реабилитационные мероприятия при основных видах опухолей (опухоли костей, молочной железы, желудка, гортани).

156. Реконструктивно-пластические операции в онкологии. Современные возможности, показания, сроки выполнения.

157. Метод микрохирургической трансплантации аутотканей в онкологии.

158. Социальная значимость реабилитационных мероприятий у онкологических больных.

Паллиативная помощь в онкологии

159. Современное состояние паллиативной помощи онкологическим больным. Понятие хосписа.

160. Хронический болевой синдром. Принципы лекарственной терапии.

161. Психологическая помощь в онкологии.

162. Типы и организационные формы проведения клинических исследований (контролируемые и неконтролируемые, кооперированные исследования;

протокол исследования).

163. Формирование групп наблюдения при контролируемых исследования (сопоставимость групп, рандомизация и стратификация).

164. Критерии оценки эффекта (объективный и субъективный эффект, «качество жизни»).

165. Продолжительность эффекта (понятия: эффект, ремиссия, рецидив и метастазы, прогрессирование, излечение, клиническое выздоровление, общий эффект, полный и частичный эффект, продолжительность жизни).

166. Статистическая оценка непосредственных результатов.

167. Болевой синдром при метастатическом поражении костей. Особенности клинической картины. Принципы терапии.

168. Задачи онкологической службы. Организация деятельности и задачи первичного онкологического кабинета.

169. Злокачественные опухоли яичников: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

170. Клинические группы диспансерного учета онкологических больных.

171. Комбинированное, комплексное, сочетанное лечение в онкологии. Стандартные, расширенные, комбинированные, симптоматические операции.

172. Меланома кожи: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

173. Нежелательные явления при химиотерапии.

174. Немелкоклеточный рак лёгкого: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

175. Общие критерии классификации злокачественных опухолей по системе TNM. Основные и дополнительные символы их характеристики (T,N,M,G,c,,R,r,p.)

176. Общие принципы действия противоопухолевых химиопрепаратов.

177. Опухолевые маркеры, иммуноферментный анализ - роль и место в клинической онкологии.

178. Опухоли костной системы. Классификация. Диагностика.

179. Опухоли мягких тканей: роль мезенхимально-эпителиоидного «перехода», алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

180. Опухоли невыявленной первичной локализации. Алгоритм обследования. Тактика ведения пациента.

181. Основные задачи онкологической службы, организация онкологической помощи населению.

182. Основы реабилитации в онкологии.

183. Паллиативная помощь в онкологии. Современные возможности паллиативной помощи. Лечение хронического болевого синдрома.

184. Первичные и вторичные опухоли ЦНС: алгоритм обследования (основные,

уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

185. Понятие о радикальной, паллиативной и симптоматической лучевой терапии. Реакции и осложнения лучевой терапии. Методы профилактики и лечения.

186. Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли молочных желез. Методы обследования больных с патологией молочных желез, их значение, роль самообследования в диагностике ранней онкопатологии.

187. Предопухолевые заболевания и состояния.

188. Профилактика злокачественных новообразований (первичная, вторичная, третичная).

189. Рак вульвы: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

190. Рак дна полости рта: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

191. Рак желудка: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

192. Рак лёгкого: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

193. Рак молочной железы: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования), лечение.

194. Рак мочевого пузыря: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

195. Рак печени и поджелудочной железы: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

196. Рак пищевода: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

197. Рак почки: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

198. Рак предстательной железы: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

199. Рак толстой и прямой кишки: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

200. Рак шейки матки: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

201. Рак щитовидной железы: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

202. Рак эндометрия: алгоритм обследования (основные, уточняющие и дополнительные методы обследования). Лечение.

203. Современное состояние теорий канцерогенеза (стадии канцерогенеза). Предраковые заболевания. Облигатный и факультативный рак

204. Современные возможности иммунотерапии и таргетной терапии.

205. Современные возможности лучевой терапии. Виды ионизирующего излучения. Способы и средства радиомодификации.

206. Структура организации онкологической помощи населению.

1.2. Контрольные задания, выносимые на государственный экзамен

1. Опишите особенности клинического течения злокачественных лимфом. Перечислите классификацию, методы диагностики, принципы лечения.

2. Перечислите предраковые изменения кожи (облигатные и факультативные), их лечение. Проведите дифференциальный диагноз базалиомы и рака кожи.

3. Опишите способы хирургического лечения рака почки, особенности лечебной тактики при наличии отдаленных метастазов. Расскажите о роли консервативной терапии (химиотерапия, иммунотерапия), приведите клинические примеры.

4. Опишите варианты клинической картины меланомы кожи. Приведите примеры с лечением первичной опухоли и метастазов (хирургическое, лучевое, химиотерапия, иммунотерапия).

5. Перечислите злокачественные опухоли верхних дыхательных путей и способы их лечения). Расскажите о возможностях лекарственной терапии, фотодинамической терапии с клиническими примерами.

6. Опишите современные методы лечения злокачественных опухолей слизистой оболочки полости рта (рак языка, дна полости рта, щеки, неба). Расскажите о вариантах прогноза и отдаленных результатах на клинических примерах.

7. Назовите варианты течения острого и хронического лейкозов. Расскажите о роли современных методов (в том числе иммунологических) в диагностике и определении вариантов течения. Проведите дифференциальный диагноз на клинических примерах.

8. Опишите закономерности метастазирования злокачественных опухолей щитовидной железы. Приведите клинический пример с алгоритмом действий (методы диагностики, лечение и прогноз).

9. Опишите диагностическую тактику при метастазах рака в лимфатические узлы шеи без выявления первичной опухоли.

10. Перечислите злокачественные опухоли предстательной железы. Приведите клинические примеры с особенностями клинического течения и метастазирования.

11. Опишите методы лечения (хирургический, лучевой, комбинированное и комплексное лечение) рака пищевода, показания в зависимости от локализации и распространенности опухолевого процесса. Расскажите об отдаленных результатах и прогнозе на клинических примерах.

12. Назовите предопухолевые заболевания желудка, опишите лечебную тактику.

13. Перечислите пути метастазирования рака желудка (классификация Японского общества по изучению рака желудка). Приведите клинические примеры.

14. Перечислите предопухолевые заболевания толстой кишки. Расскажите об особенностях метастазирования на случаях из клинической практики.

15. Перечислите опухоли средостения. Расскажите о клинической картине в зависимости от локализации опухоли (переднее средостение, заднее средостение, верхнее и нижнее средостение).

16. Перечислите методы лечения рака молочной железы (хирургический, лекарственный, лучевой, гормональный), опишите их значение.

17. Расскажите об оценке рецепторного статуса опухоли (при раке молочной железы) и выборе метода лечения на клинических примерах. Опишите возможные отдаленные результаты лечения и прогноз в зависимости от рецепторного статуса опухоли.

2.3. Ситуационные задачи

Задача 1.

Мелкоклеточный рак легкого.

Ситуация: Пациент 46 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования.

Жалобы: На сухой кашель, боли в грудной клетке справа, потерю веса (7 кг за два месяца) и однократный эпизод кровохарканья (5 мл алой крови).

Анамнез заболевания: Считает, что заболел 3 месяца назад, когда появились указанные жалобы. Длительное время за мед.помощью не обращался, полагая, что страдает радикулитом. Поводом к обращению в поликлинику явился случившийся эпизод кровохарканья. Была выполнена рентгенография легких на которой выявлен ателектаз второго сегмента (S2) верхней доли правого легкого. Был обследован в противотуберкулезном диспансере, данных за специфическую патологию не выявлено и пациент направлен на консультацию к торакальному хирургу. Госпитализирован в

отделение торакальной хирургии для обследования.
Анамнез жизни: Страдает пояснично-крестцовым радикулитом. Курит в течение 28 лет, по две пачки сигарет в день. Работает сантехником. Алкоголь употребляет умеренно. Аллергических реакций не было. Мать скончалась от рака молочной железы
Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 64 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, над правым легким несколько ослаблено; хрипы сухие непостоянные с обеих сторон. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, глухие ЧСС 80 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
Данные обследования: При фибробронхоскопии в сегментарном бронхе С2 верхней доли правого легкого обнаружено красное бугристое образование кровоточащее при контакте, полностью обтурирующее просвет сегментарного бронха.
Предположительный диагноз. Определите дальнейшую тактику ведения пациента (обследование, лечение).

Задача 2.

Плоскоклеточный рак гортани.
Ситуация: Больной П. 48 лет на осмотре у врача-онколога.
Жалобы: На першение, боли при глотании с иррадиацией в левое ухо, ощущение инородного тела в горле, поперхивание пищей, ощущение перекатывания слюны через валик, задержка пищи, осиплость голоса.
Анамнез заболевания: История настоящего заболевания: считает себя больным с марта 2017 года, когда появилась вышеуказанные жалобы: охриплость, впоследствии осиплость стала стойкой по этому поводу обратилась за мед. помощью в поликлинику по месту жительства, откуда был направлен к онкологу При осмотре выявлены увеличенные шейные лимфоузлы на шее слева. Произведена фиброларингоскопия: в области левой черпало-надгортанной складки имеется бугристая инфильтративная опухоль с изъязвлением, при инструментальной пальпации кровоточит, левый грушевидный синус не раскрывается, при фонации ограничение подвижности левой половины гортани.
Анамнез жизни: Хронических заболеваний нет. Курит, алкоголь употребляет. Профессиональных вредностей не имеет**.** Пищевой и лекарственный аллергологический анамнез не отягощен
Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 185 см. Температура тела 36,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальных окраски и влажности. Пульс симметричный, 70 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД=120/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Живот симметричный, не вздут, мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Почки не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Физиологические отправления в норме.
Status localis: Остов гортани не изменен, симптом крепитации слабо положительный. На шее справа в верхней 1/3 имеется увеличенный л/у до 2,0 см плотный ограничено смещаемый, умеренно-болезненный – при пальпации; при обратной ларингоскопии имеется опухоль левой черпало-надгортанной складки с распространением на грушевидный синус, левый грушевидный синус не раскрывается, при фонации ограничение подвижности левой половины гортани.
Предположительный диагноз. Определите дальнейшую тактику ведения пациента (обследование, лечение).

Задача 3.

Рак восходящей ободочной кишки pT3N1M0
Ситуация: Пациентка 55 лет обратилась к онкологу по направлению участкового врача

по результатам обследования.

Жалобы: на умеренно болезненное при пальпации образование в правой половине живота

Анамнез заболевания: Самостоятельно обнаружила образование в правой половине живота около 1 месяца назад. Отмечает умеренную болезненность при пальпации образования, преимущественно нижнего его полюса. Изменения в общем состоянии, слабости, утомляемости, потери веса, изменения характера и периодичности стула отрицает. Эпизодов острых болей в животе с повышением температуры тела и изменением окраски кожи в области образования в анамнезе больная не отмечает.

Анамнез жизни: Онкологических заболеваний у прямых родственников нет. Хронических заболеваний нет. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, профессиональных вредностей не имеет. Перенесенные операции: аппендэктомия в возрасте 5-ти лет.

Объективный статус:

Общее состояние удовлетворительное, положение активное. Вес 65 кг, рост 168 см. Температура тела $36,6^0$С. Конституция - нормостеническая. Кожные покровы обычной влажности, чистые. Подкожная жировая клетчатка развита умеренно, распределена преимущественно в области бедер и живота. Периферических отеков нет. Видимые слизистые бледно-розовые. Щитовидная железа не увеличена. Костно-суставной аппарат без видимых изменений.

При осмотре Дыхание через нос свободное, не затруднено. Частота дыханий 18 в минуту, форма грудной клетки коническая, перкуторно определяется притупление перкуторного звука, аускультативно дыхание ослаблено, везикулярное, хрипы не выслушиваются. Подвижность нижнего легочного края +/-1 см с обеих сторон. Тоны сердца приглушены, пульс 70 ударов в мин., ритм правильный, АД 120/80 мм рт. ст., границы относительной сердечной тупости не расширены. Пульсация периферических артерий не ослаблена. Периферические вены без видимых изменений. При осмотре ног: отечности, пастозности не определяется.

Status localis Аппетит не снижен. Глотание и прохождение твердой и жидкой пищи по пищеводу, безболезненное, не затруднено. Язык влажный, не обложен. Живот округлой формы, участвует в дыхании всеми отделами. При пальпации живот мягкий, не вздут, безболезненный. В правой подвздошной области послеоперационный рубец (аппендэктомия в возрасте 5-ти лет) гладкий, без особенностей. В правой боковой области живота по ходу восходящей ободочной кишки пальпаторно определяется плотно-эластическое образование округлой формы размером 10х7х5 см, смещаемое при пальпации, умеренно болезненное, преимущественно в области нижнего его полюса. Кожа этой области нормальной температуры, не изменена. Перкуторно свободной жидкости в брюшной полости не определяется, нижний край печени не выступает из-под реберной дуги. Селезенка не пальпируется, перкуторно границы не увеличены. Пальцевое исследование прямой кишки: тонус сфинктера снижен, ампула прямой кишки пустая, новообразования в стенке прямой кишки на высоте пальца не пальпируются.

Данные обследования:

Клинический анализ крови: Тромбоциты 354 10^9 кл/л (N 180 -320), СОЭ 350 мм/ч (N 300 - 380). Остальные показатели в пределах референсных значений.

Биохимический анализ крови: без отклонений от нормы

Коагулограмма: в пределах нормы.

Группа крови: A(II), Rh положительный. RW, Hbs-Ag, HIV-Ab – отр.

Общий анализ мочи: без отклонений от нормы.

Компьютерная томография органов брюшной полости: Печень нормальных размеров, однородной структуры, обычной плотности. Внутрипеченочные желчные протоки и сосуды системы воротной вены не расширены. Желчный пузырь рентгенконтрастных конкрементов не содержит. Селезенка без особенностей. Надпочечники нормальных

размеров и формы, дополнительных образований в них нет. Поджелудочная железа обычно расположена, нормальных размеров и формы, дольчатого строения. Контуры железы четкие, структура однородная, плотность обычная. Окружающая жировая клетчатка не изменена. Почки обычно расположены, нормальных размеров и формы, с четкими контурами. Почечные артерии отходят от аорты в типичном месте, заполняются контрастным препаратом без признаков стенозирования. Паренхима почек однородна, обычной плотности. Мочеточники нормального диаметра на всем протяжении. Мочевой пузырь расправлен не полностью, стенка его утолщена. Матка, яичники без особенностей. Определяется неравномерное утолщение стенки восходящей ободочной до 24 мм, протяженность поражения до 70 мм. Стенка активно неравномерно накапливает контрастный препарат, наружный контур несколько нечеткий. В этой зоне визуализируются лимфоузлы размерами до 20 мм. Заключение: КТ-картина опухоли восходящей ободочной кишки, метастатическое поражение лимфоузлов.

Пациентке выполнена операция с последующим гистологическим исследованием удаленных тканей. Выявлено прорастание всех слоев стенки кишки с поражением одного параколического лимфатического узла. Гистологический тип опухоли, гистологически низкодифференцированная тубулярная аденокарцинома.

Назовите предположительный диагноз и объём выполненного хирургического лечения. Определите дальнейшую тактику ведения пациентки.

Задача 4.

Глиобластома (G IV) правой лобной и теменной долей головного мозга

Ситуация: Женщина 66 лет, обратилась на прием в поликлинику онкологического центра.

Жалобы: на головную боль, периодическую тошноту, головокружение, периодические мышечные спазмы в левой голени, приступы чувства тяжести за грудиной с распространением на шею при повышенной физической нагрузке.

Анамнез заболевания: В течение 10 лет с периодичностью два раза в год отмечались жалобы на эпизоды головокружения, которые на фоне сосудистой терапии регрессировали. За 3 месяца до обращения, с периодичностью 1 раз в 2-3 недели появились жалобы на мышечные спазмы в левой голени, за месяц до обращения - периодическая, а затем и постоянная головная боль. Неврологом по месту жительства было назначено проведение МРТ головного мозга. При МРТ головного мозга, которое было выполнено за 1 неделю до обращения в поликлинику онкологического центра, выявлено объёмное образование в правом полушарии головного мозга с нечеткими контурами и небольшой зоной перифокального отека. Больной неврологом был назначен дексаметазон в дозе по 4 мг внутримышечно 2 раза в день, с эффектом в виде уменьшения выраженности головной боли и чувства тошноты. При КТ органов грудной клетки, органов брюшной полости, органов малого таза с внутривенным контрастированием, УЗИ периферических лимфоузлов патологии не выявлено. Больная направлена в поликлинику онкологического центра, индекс Карновского 80% на момент обращения.

Анамнез жизни: Хронические заболевания: ИБС. Стенокардия напряжения ФК I. Остеохондроз поясничного отдела позвоночника. Межпозвонковая грыжа на уровне LIV-LV позвонков**.** Не курит, алкоголем не злоупотребляет**.** Профессиональных вредностей нет**.** Аллергические реакции на медикаменты отрицает**.** Опухолевые заболевания в семье: у матери был рак правой молочной железы

Объективный статус: Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 80 %. ECOG - 2. Вес 75 кг, рост 160 см. Температура тела 36,4^{0}С. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В паренхиме молочных желез при пальпации без узловых образований, кожа и ареолярные комплексы не изменены. Над легкими при перкуссии - легочный звук. Дыхание в легких везикулярное, проводится с

двух сторон, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 66/мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный, регулярный, 1 раз в 2 дня. Дизурии нет. В неврологическом статусе: сознание ясное. Менингеальной симптоматики не отмечается. Из особенностей - на фоне умеренно выраженной общемозговой симптоматики в виде цефалгического синдрома, невыраженная тактильная гемигипестезия в левых конечностях, негрубое мимопопадание при пальценосовой пробе слева. Повышение сухожильных рефлексов в левых конечностях, более выраженное в нижней конечности.

Данные обследования: Магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга с внутривенным контрастированием: При МРТ головного мозга выявлено объемное образование, с неровными контурами, в правой лобной и теменной долях головного мозга по границе с правой височной долей, размерами 53 х 52 х 52 мм, образование накапливает контрастный препарат неоднородно, с большим контрастированием периферических отделов опухоли, образование окружено зоной перифокального отека. Смещения срединных структур головного мозга влево на 3 мм.

Предположительный диагноз. Определите дальнейшую тактику ведения пациента (обследование, лечение).

Задача 5.

Рак левой молочной железы

Ситуация: Больная Д. 64 лет обратилась в клинику к онкологу.

Жалобы: на узловое образование в левой молочной железе.

Анамнез заболевания: Две недели назад самостоятельно обнаружила новообразование в левой молочной железе.

Анамнез жизни: Сопутствующая патология: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Артериальная гипертония, 2 стадии, 2 степени. Варикозная болезнь нижних конечностей. Тромбоз суральной вены левой ноги (в декабре 2017г.), состояние после хирургического лечения.

Семейный анамнез: у отца рак прямой кишки; Замужем. Двое детей. Постменопауза с 50 лет. Аллергический анамнез: отрицает. Профессиональные вредности отсутствуют. Вредные привычки: отрицает.

Объективный статус: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые. Слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 145/80 мм рт.ст., ЧСС 72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Стул регулярный.

St.localis: Молочные железы не деформированы. Кожа, соски, ареолы не изменены. Выделений из сосков на момент осмотра нет. В левой молочной железе в верхне-наружном квадранте пальпируется безболезненное, плотной консистенции, без четких границ, ограниченно подвижное узловое образование, размером около 2,5х3,0 см. Кожных симптомов нет. В правой молочной железе узловые образования не определяются. В левой подмышечной области пальпируется увеличенный плотноэластический лимфоузел до 1,5 см, остальные регионарные лимфоузлы с обеих сторон не увеличены.

Данные обследования: *Маммография обеих молочных желез***:** Левая молочная железа не деформирована. Кожа, ареола, сосок - не изменены. II тип плотности ткани молочной железы (около 25-50% фиброзно-железистой ткани). В верхне-наружном квадранте левой молочной железы образование овальной формы 3,2 х 2,4 см, с неровными лучистыми контурами, умеренно неоднородной структуры. Правая молочная железа не деформирована. Кожа, ареола, сосок - не изменены. II тип плотности ткани молочной железы (около 25-50% фиброзно-железистой ткани). Ткань молочной железы без узловых образований. Заключение: BI-RADS 5 mammae sin. BI-RADS 1 mammae dex.

УЗИ обеих молочных желез и регионарных зон лимфооттока: В верхне-наружном квадранте левой молочной железы визуализируется вертикально ориентированное

образование неоднородной структуры, с четко-нечетким фестончатым контуром, размером 2,8х2,4 см, гиперваскуляризированное в режиме ЦДК. В левой аксиллярной области л/узлы до 1,3 см, подозрительные на mts.
Выполнена трепан-биопсия очагового образования молочной железы. Гистологически: Инвазивный неспецифицированный рак G2. Рецепторы эстрогенов 7 баллов, рецепторы прогестерона 7 баллов, HER-2 =1+, Ki67=48%.
Предположительный диагноз. Определите дальнейшую тактику ведения пациента (обследование, лечение).

Задача 6.

Рак кардиального отдела желудка II стадии, cT3N0M0
Ситуация: Больной Р. 61 год, обратился на прием к участковому терапевту
Жалобы: на незначительную слабость, утомляемость, снижение массы тела на 5 кг за последние 2 месяца, периодические боли в эпигастральной области возникающие сразу после приема пищи, тошноту, эпизодическую рвоту съеденной пищей
Анамнез заболевания: В течение последних 5-6 месяцев впервые отметил общую слабость, утомляемость, периодические боли в эпигастральной области после приема пищи, самостоятельно принимал спазмолитические, обезболивающие и ферментные препараты с положительным эффектом. В связи с нарастанием болевого синдрома, присоединением рвоты после приема грубой пищи обратился за медицинской помощью. Похудел на 5 кг в течение 2 месяцев.
Анамнез жизни: В 20-летнем во время службы в армии получал лечение по поводу язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки, после увольнения в запас, профилактическое лечение не проводил, на учете в поликлинике по месту жительства не наблюдался. Сопутствующие заболевания отрицает. Периодически отмечает боли в эпигастральной области на фоне нерегулярного питания. Не обследовался и не лечился. Курит с 16 лет до одной пачки в день. Семейный анамнез не отягощен. По профессии – маляр-штукатур.
Объективный статус: При осмотре: пациент, астенического телосложения, пониженного питания, рост 188 см, вес 63 кг. Кожные покровы и видимые слизистые физиологичной окраски, нормальной влажности, тургор кожи несколько снижен. Тоны сердца приглушены, АД 125/85 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Со слов стул физиологичной окраски, регулярный. Мочеиспускание свободное.
Данные обследования*:*
Клинический анализ крови Гемоглобин 105 г/л (N 130,0 - 160,0), СОЭ 35 мм/ч (N 2-20). Остальные показатели в пределах референсных значений.
Биохимический анализ крови Общий белок 60,2 г/л (N 65,0 – 85,0), Альбумин 33,7 г/л (N 35,0 – 55,0).
Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией: В кардиальном отделе желудка на расстоянии 40 см от резцов, с распространением на малую кривизну, определяется экзофитная, изъязвленная опухоль, общим размером 2.5х3.0 см, покрытая налетом фибрина. Тело и антральный отдел не изменены, эндоскоп проведен через луковицу двенадцатиперстной кишки. В просвете желудка определяется не значительное количество желчи. Выполнена множественная биопсия образования желудка.
Предположительный диагноз. Определите дальнейшую тактику ведения пациента (обследование, лечение).

Задача 7.

Рак шейного и грудного отдела пищевода. Состояние после комбинированного лечения в 2016 году. Прогрессирование заболевания в 2018 году: метастаз в левой гемисфере мозжечка

Ситуация: Пациент 61 года обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра.
Жалобы: на умеренно выраженные головные боли, нарушение координации движений.
Анамнез заболевания: Болеет с 2020 года, когда стали беспокоить проблемы с пищеварением (боли, изжога). При гастродуоденоскопии был обнаружен рак шейного и грудного отдела пищевода. Цитологическое заключение: плоскоклеточный рак с тенденцией к ороговению высокой степени дифференцировки.
Хирургическое лечение не проводилось.
Первым этапом больной получал 3-курса ПХТ (паклитаксел 175 мг/м^2 внутривенно в 1 день., цисплатин 75 мг/м^2 внутривенно в 1 день, капецитабин 1800 мг/м^2 внутрь в 1-14 дни). По результатам обследования, полный клинический эффект.
С 18.06.2020 года в онкологическом центре проведено комбинированное лечение: лучевая терапия на область пищевода, лимфоузлов средостения, шейно-надключичную область по 2Гр до СОД 46Гр (14Гр на первичную опухоль) ПХТ по схеме: паклитаксел 50 мг/м^2+карбоплатин AUC=2, еженедельно. По данным комплексного обследования через 3 месяца после проведенного лечения, данных за продолженный рост опухоли не выявлено.
В марте 2022 года появились жалобы на головные боли. Позже присоединились головокружение и шаткость походки. При обращении к неврологу в поликлинике по месту жительства было рекомендовано и проведено КТ исследование головного мозга при котором обнаружено опухолевое образование в левой гемисфере мозжечка с выраженным перифокальным отеком. Больной направлен в онкологический центр на дообследование и лечение. Получал противоотёчную терапию (Дексаметазон 8 мг в сутки), симптоматика частично регрессировала.
Анамнез жизни: Хронические заболевания: хронический бронхит курильщика. Курит 40 лет по 1 пачке в день, алкоголем не злоупотребляет. Аллергические реакции на медикаменты отрицает. Опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен.
Объективный статус: Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 80 кг, рост 171 см. Температура тела 36,6°С. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 67/мин, АД 130/75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный.
Неврологический статус: в сознании, ориентирован. Общемозговая симптоматика в виде умеренно выраженной головной боли. Зрачки ОД=ОС, средней величины, фотореакции живые. Поверхностные и глубокие виды чувствительности не нарушены. Мозжечковая левосторонняя симптоматика (легкий горизонтальный нистагм, координаторные пробы выполняет с промахиванием слева, в позе Ромберга неустойчивость. Менингеальные симптомы отрицательные.
Данные обследования:
МРТ головного мозга без и с контрастным усилением: МРТ головного мозга без и с контрастным усилением: в левой гемисфере мозжечка определяется объемное образование солидно-кистозной структуры, размерами до 2,5х3,0 см с выраженной зоной перифокального отека, компрессией IV желудочка. Указанное образование накапливает контрастный препарат.
УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, малого таза, периферических лимфоузлов: Печень не увеличена, КВР правой доли 14.5см. Контуры ровные, структура паренхимы однородная, очаговые изменения не определяются. В области ворот печени без патологических образований. Поджелудочная железа не

увеличена, контуры неровные, четкие. Структура однородная, узловые образования не определяются. Селезенка в размерах не увеличена. Структура паренхимы однородная, очаговые изменения не определяются. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Почки расположены типично, не увеличены, контуры четкие, ровные. Патологические образования не визуализируются. Парааортальные, паракавальные, подвздошные лимфоузлы не визуализируются. В шейно-надключичных, в подключичных, подмышечных, паховых областях с обеих сторон патологически измененные лимфоузлы не визуализируются. Патологические образования в малом тазу не определяются. Свободная жидкость в малом тазу не определяется.

Рентгенологическое исследование органов грудной клетки: патологических изменений в органах грудной клетки не выявлено.

Эзофагогастродуоденофиброскопия: Данных за прогрессирование процесса не получено.

Предположительный диагноз. Какие методы лечения могут быть использованы и в какой последовательности? Проведение реабилитации после противоопухолевого лечения.

Задача 8.

Рак левой почки cT1bN0M0

Ситуация: Женщина 57 лет направлена районным онкологом в онкологический центр.

Жалобы: На периодические боли в левой поясничной области.

Анамнез заболевания: При обследовании в поликлинике по месту жительства выявлено кистозно-солидное образование левой почки размерами до 45 мм в диаметре.

Анамнез жизни: Детские инфекции. ОРВИ. Курит 15 лет по 1 пачке в день

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Вес 59 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6° С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 98%**.** Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Данные обследования*:*

Компьютерная томография органов забрюшинного пространства с внутривенным контрастированием: Передний контур нижнего полюса левой почки деформирован за счет объемного образования неоднородной структуры,с достаточно ровными контурами размером 41х46х39 мм. При контрастировании распределение препарата активное, негомогенное. Паранефрий на этом уровне без особенностей.

Компьютерная томография грудной клетки: По данным КТ органов грудной клетки вторичного поражения легких не выявлено.

УЗИ парааортальных лимфоузлов: По данным УЗИ парааортальных лимфоузлов, метастазов в лимфоузлы не выявлено.

Пациентке выполнена операция с последующим гистологическим исследованием удаленных тканей.

Гистологическое заключение: опухолевое образование размером 42 мм. Морфологически светлоклеточный почечно-клеточный рак G1,с очагами некроза и кровоизлияний. В краях резекции опухолевого роста нет.

Назовите предположительный диагноз и объём выполненного хирургического лечения. Определите дальнейшую тактику ведения пациентки.

Задача 9.

Гормональноактивный адренокортикальный рак левого надпочечника с инвазией в левую почечную вену

Ситуация: Пациентка 52 лет госпитализирована в отделение эндокринологии по направлению из районной поликлиники.

Жалобы: На прибавку массы тела на 15 кг за последний год, перераспределение жировой ткани с преимущественным отложением на лице, животе, избыточный рост волос на лице, груди, животе, спине, снижение тембра голоса, потливость повышение артериального давления максимально до 220/100 мм.рт.ст., тянущие боли в пояснице, повышенную утомляемость, слабость, апатию.

Анамнез заболевания: В течение последних 2-х лет отмечает избыточный рост волос на лице, груди, животе, бедрах и снижение тембра голоса. К врачам не обращалась. В течение последних 6 месяцев масса тела увеличилась на 15 кг, при этом отметила резкое изменение внешности: округление лица, отложение жира в надключичных областях, в области живота, скошенные ягодицы и «похудение» рук и ног. Стала беспокоить тянущая, ноющая боль в поясничном отделе позвоночника, усиливающаяся при физических нагрузках. В течение последнего года отмечает постепенное ухудшение состояния: нарастание слабости, апатии, раздражительности. Также в течение последнего года отмечает тенденцию к все большему повышению уровня артериального давления, которое стало достигать до 220/100 мм.рт.ст. При обследовании в районной поликлинике по данным УЗИ брюшной полости: в проекции левого надпочечника образование низкой эхогенности 7,3 х 5,4 х 4,6 см (88 мл). Гормонального исследования не проводили. В биохимическом анализе крови выявлена гипергликемия натощак - 9,0 ммоль/л. Назначен Эналаприл 20 мг 2 раза в день, Индапамид 1,5 мг утром, которые пациентка получает по настоящее время с незначительным положительным эффектом по снижению уровня артериального давления. По направлению районного эндокринолога госпитализирована в эндокринологическое отделение многопрофильного стационара.

Анамнез жизни: Не работает. Домохозяйка. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергических реакций на медикаменты не испытывает. Профессиональные вредности отрицает. В возрасте 20 и 23 лет родила здоровых детей. Проблем с зачатием и вынашиванием детей не было. В возрасте 48 лет перенесла надвлагалищную ампутацию матки по поводу миомы матки. До момента появления вышеизложенных жалоб считала себя практически здоровым человеком. Диспансерные осмотры не проходила

Объективный статус: Состояние относительно удовлетворительное. Рост 165 см. вес - 91 кг. ИМТ 33.5 кг/м^2. Кожные покровы влажные. Избыточный рост волос на лице и шее, характерное изменение внешности: перераспределение подкожно-жировой клетчатки с избыточным отложением в области лица, шеи, надключичных областях, живота. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Пульс на обеих руках ритмичный, удовлетворительного наполнения, 78 уд/ мин. Периферических отеков нет. АД-170/100 мм.рт.ст. на обеих руках. Язык влажный, не обложен. Поверхностная и глубокая пальпация живота безболезненна во всех отделах. Послеоперационный рубец после нижнесрединной лапаротомии без особенностей. Дефектов в апоневрозе передней брюшной стенки нет. Размеры печени по Курлову - 9 х 8 х7 см. Поколачивание но пояснице безболезненно с обеих сторон.

Данные обследования*:*
Малая дексаметазоповая проба: Кортизол 709 нмоль/л (119-618), после приема 1 мг дексаметазона: Кортизол - 753 нмоль/л (11 9-618)
Определение уровня тестостерона: Тестостерон 15,1 нг/мл (норма 0,1 – 1,0)
Компьютерная томография органов брюшной полости с внутривенным контрастированием: Печень, желчный пузырь, поджелудочная железа, селезёнка – без признаков патологических изменений. Почки обычной формы, размеров и положения. Левая почка ротирована, в среднем сегменте киста 8 мм, в нижнем сегменте киста 7 мм. В верхнем сегменте правой почки определяется киста 17 мм. Кортико-медуллярная дифференциация четко выражена. Накопление и выведение контрастного вещества своевременное. Чашечно-лоханочная система не деформирована. Мочеточники прослежены на всём протяжении. Почечные артерии имеют типичное отхождение; признаков окклюзии не выявлено. В левом надпочечнике солидное многоузловое образование (33 Hu) с неровными, нечёткими, бугристыми контурами, с неоднородной структурой, размером 76х50,5х85 мм, нижний полюс образования интимно прилежит к верхнему полюсу почки и левой почечной вене, в левой почечной вене определяется дефект контрастирования. В артериальную фазу плотность образования 40-51 Hu; в паренхиматозную отмечается накопление контрастного вещества преимущественно по периферии (64 Hu); в центре определяется гиподенсная зона (20 Hu); в отсроченную фазу 47 Hu. Правый надпочечники типично расположен, не увеличен. Магистральные сосуды обычного калибра. Признаков лимфаденопатии не выявлено. Свободной жидкости в брюшной полости нет. Заключение: КТ-картина злокачественного новообразования левого надпочечника с инвазией в левую почечную вену. Кисты почек.
Компьютерная томография органов грудной клетки: Диффузный бронхит с бронхоэктазами, бронхиолит.
Сцинтиграфия костей: повышенного накопления РФП в костной ткани не обнаружено.
Предположительный диагноз. Какие методы лечения могут быть использованы и в какой последовательности? Какой объём оперативного вмешательства должен быть выполнен?

Задача 10.

Рак антрального отдела желудка cT3N0M1, IV стадия
Ситуация: Больной З. 65 лет обратился на прием к гастроэнтерологу.
Жалобы: на общую слабость, снижение массы тела на 7 кг за последние 4 месяца, периодические ноющие боли в эпигастральной области, чувство тяжести после еды, тошноту, эпизодическую рвоту ранее съеденной пищей, появление плотного объемного образования в надключичной области слева.
Анамнез заболевания: Считает себя больным в течение последних 2 месяцев, когда впервые отметил общую слабость, чувство тяжести после приема пищи, самостоятельно принимал спазмолитические и ферментные препараты с незначительным положительным эффектом. В связи с нарастанием болевого синдрома, присоединением рвоты после приема пищи обратился за медицинской помощью. Похудел на 7 кг в течение 4 месяцев.
Анамнез жизни: В течении последних 5 лет наблюдался у терапевта по поводу гастрита. Тяжелые сопутствующие заболевания отрицает. Периодически отмечал боли в желудке на фоне нерегулярного питания. Рекомендованное терапевтом лечение не выполнял. Курит с 15 лет, периодически употребляет крепкие алкогольные напитки. Отец умер от рака желудка. Пенсионер.
Объективный статус: При осмотре: пациент пониженного питания, рост 182 см, вес 63 кг. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности, тургор кожи несколько снижен. Тоны сердца приглушены, АД 110/75 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин. Язык влажный, без налета. Живот не вздут, мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральном отделе. Аускультативно перистальтика активная, шума «плеска» нет. В надключичной

области слева пальпируется плотное малоподвижное образование 1.5х2.0 см
Данные обследования*:*
Клинический анализ крови:Гемоглобин 95 г/л (N 130 – 160).
Биохимический анализ крови Общий белок 51,8 г/л (N 65,0 – 85,0), Альбумин 27,0 г/л (N 35,0 – 55,0).
Эзофагогастродуоденоскопия с биопсией: В антральном отделе желудка по большой кривизне определяется инфильтративно-изъязвленная опухоль, с налетом фибрина, общим размером 2.5х3.0 см. В области привратника просвет желудка циркулярно сужен, эндоскоп с трудом проведен за луковицу двенадцатиперстной кишки. В просвете желудка определяется не значительное застойное содержимое с примесью старой пищи.
Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования? Какие методы лечения могут быть использованы и в какой последовательности? Какой объём оперативного вмешательства должен быть выполнен?

Задача 11.

Остеосаркома
Ситуация: Мужчина, 26 лет направлен районным онкологом в МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России.
Жалобы: На наличие опухоли в проекции правой бедренной кости. Болевой синдром в проекции опухоли, усиливающийся в ночное время суток, слабо купируемый анальгетиками.
Анамнез заболевания: Со слов пациента отмечает возникновение болевого синдрома в проекции правого бедра 6 месяцев назад. К врачам не обращался. С течением времени отмечает усиление интенсивности болевого синдрома и появление в проекции правого бедра опухоли, незначительное ограничение движения в правом коленном суставе. При МРТ по месту жительства установлено опухолевое поражение. Направлен в МНИОИ.
Анамнез жизни: Курит по 1 пачке в сутки в течение последних трех лет. Рос и развивался соответственно возрасту.
Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 188 см. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Доступные пальпации зоны регионарного лимфооттока без опухолевой патологии. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД – 15 в минуту. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 15 уд в мин. PO^2 98% Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 90 уд/мин, АД 140/90 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
Status localis:Правое бедро увеличено в объеме за счет опухолевого образования, располагающегося в дистальных отделах бедра. Опухоль располагается глубоко в мягких тканях, плотной консистенции, не смещаемая при пальпации. Протяженность до 15 см от щели коленного сустава. Сгибание в коленном суставе незначительно ограничено ввиду болевого синдрома.
Данные обследования

Биохимический анализ крови: Билирубин общий: 7,5 мкМ/л норма 5-21. Щелочная фосфатаза: 350 Ед/л норма 30-120. Глюкоза: 4,2 ммоль/л норма 4,1-5,9. Алт: 36 Ед/л норма 0-50. Аст: 49 Ед/л норма 0-50

МРТ правого бедра: В дистальном метадиафизе правой бедренной кости выявляется опухоль неоднородной солидной структуры, с внекостными компонентами, общими размерами 17,2х7,8х8,1 см (17,2 см - распространенность по длиннику кости). В структуре выявляются множественные жидкостные включения.

КТ органов грудной клетки: При выполнении КТ органов грудной клетки данных за опухолевую патологию не выявлено

Сцинтиграфия костей: Очаг гиперфиксации РФП только в правой бедренной кости

УЗИ периферических лимфоузлов, брюшной полости: В подвздошно-пахово-бедренных областях без очаговой патологии

Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования? Какие методы лечения могут быть использованы и в какой последовательности? Какой объём оперативного вмешательства должен быть выполнен?

Задача 12.

Центральный рак нижней доли правого легкого.

Ситуация: Женщина 63 лет обратилась к торакальному хирургу-онкологу.

Жалобы: На постоянный сухой кашель.

Анамнез заболевания: При прохождении диспансеризации по месту жительства на флюрографии выявлено образование правого легкого. Направлена на КТ грудной клетки, где образование подтвердилось. Обратилась к фтизиатру по месту жительства, при комплексном обследовании туберкулез не подтвердился. После чего обратилась в онкологический диспансер.

Анамнез жизни: Вредные привычки отрицает. ИБС. Атеросклероз аорты и коронарных артерий. Гипертоническая болезнь 3 степени 2 стадии, риск ССО 4. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. Отягощенный семейный анамнез: у матери - рак желудка.

Объективный статус: Состояние относительно удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 178 см. Температура тела 36,6^{0}С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Выдох немного удлинён.

Пальпация. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание не выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие хрипы, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 98%.

Данные обследования

Компьютерная томография с внутривенным контрастированием: В хвостовой части корня правого легкого определяется опухоль 3.2х2.5 см, с нечеткими контурами, верхний полюс опухоли прилежит к междолевой плевре, которая утолщена на 0.5 см. В средостении определяются л/у: бифуркационные до 0.8х0.5 см, правые трахеобронхиальные до 0.7х0.4 см. В корне правого легкого л/у 0.8х0.5 см

Фибробронхоскопия: Надгортанник в виде лепестка. Обе половины гортани подвижны. Просвет трахеи широкий, кольца хорошо дифференцируются. Просвет трахеи S-образной формы. Карина прямая, основание ее не расширено. Справа просвет сегментарных

бронхов передне-базального (В8) и латерально-базального (В9) сужены до щелевидных за счет смешанной формы роста опухоли. Выполнена биопсия.
Гистологическое исследование: В биоптате видны комплексы аденокарциномы с сосочковыми структурами.
МРТ головного мозга с контрастированием: убедительных данных за мтс поражение вещества головного мозга не выявлено.
Сцинтиграфия костей: очагов патологического накопления РФП в скелете не определяется.
На основании данных гистологического заключения операционного материала: в ткани легкого определяется опухолевый узел, размерами 17х12х4 мм представленный разрастаниями веретеновидных и эпителиоидных опухолевых клеток, формирующих солидно-альвеолярные структуры, вероятнее всего карциноидная опухоль. В 2 из 3 бронхопульмональных сегментарных лимфатических узлах - метастазы опухоли. Количество митозов в 10 полях зрения 0-1, индекс Ki 67 ≤5%, G1.
Назовите предположительный диагноз и объём выполненного хирургического лечения. Определите дальнейшую тактику ведения пациентки.

Задача 13.
Хондросаркома правой подвздошной кости cT2N0M0 GI Ib стадии
Ситуация: Мужчина 57 лет направлен районным онкологом в МНИОИ им. П.А. Герцена
Жалобы: на наличие опухоли по латеральной поверхности в правой подвздошной области, наличие болевого синдрома усиливающегося ночью и плохо купируемого анальгетиками.
Анамнез заболевания: Со слов пациента опухоль появилась два месяца назад. С течением времени отмечает увеличение опухоли в размерах. В биохимических анализах крови отмечено повышение показателей щелочной фосфатазы до 620 ед/л в биохимическом анализе крови. Обратился к онкологу. После осмотра был направлен к районному онкологу, после осмотра районным онкологом направлен в в МНИОИ им. П.А. Герцена.
Анамнез жизни: В анамнезе с детства страдает экзостозной болезнью, частые ОРВИ, вирусный гепатит В, краснуха детском возрасте.
Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Вес 69 мкг, рост 175 см. Температура тела 36,6° С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, размером до 1 см, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин.**.** Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст.**.** Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. Локальный статус: при пальпации в правой подвздошной области имеется опухолевое образование размером до 5 см незначительно возвышающееся над уровнем дермы. Опухоль при пальпации плотной консистенции, не

смещаемая, незначительно болезненная при пальпации.

Данные обследования

Сцинтиграфия костей с 99Tc: Отмечается очаг накопления радиофармпрепарата в проекции правой подвздошной кости (180% выше нормы). В других отделах скелета уровень накопления радиофармпрепарата в норме.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) пораженного отдела скелета: Из крыла правой подвздошной кости исходит опухолевое образование хрящевой структуры 5х6 см. в диаметре. Органы брюшной полости и сосудисто-нервные пучки в опухолевый процесс не вовлечены.

При гистологическом исследовании (трепан-билпсия): высокодифференцированная хондросаркома G1.

Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования? Какие методы лечения могут быть использованы и в какой последовательности? Какой объём оперативного вмешательства должен быть выполнен?

Задача 14.

Рак яичников cT3c1N1M0

Ситуация: Женщина 56 лет направлена районным гинекологом в федеральный онкологический центр.

Жалобы: На увеличение живота в объеме.

Анамнез заболевания: Считает себя больной в течение последних 2 месяцев, когда отметила появление боли внизу живота, затем постепенное увеличение живота в объеме. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Обследована, направлена в федеральный онкологический центр.

Анамнез жизни: Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии медицинская сестра. Половая жизнь с 18 лет. Роды – 0. Аборты – 0. Гинекологические заболевания: миома матки. В браке. Менопауза с 53 лет.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Вес 104 кг, рост 173 см. Температура тела 36,6 С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Над- и подключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не увеличены, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотноэластической консистенции, безболезненные. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Дыхательные движения ритмичные, ЧД 16 в минуту. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. При сравнительной перкуссии над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук. Границы легких не изменены. При аускультации над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 135/80 мм.рт.ст. Живот значительно увеличен в объеме, умеренно болезненный при пальпации в нижних отделах, где определяется плотное неподвижное объемное образование размерами 35х20 см. Перитонеальных симптомов нет. Газы отходят. Стул регулярный. Мочеиспускание самостоятельное, без дизурии.

При гинекологическом исследовании наружные половые органы развиты правильно. Слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки визуально не изменена. Наружный маточный зев точечный. При ректовагинальном исследовании в малом тазу определяется неподвижный конгломерат, включающий матку и придатки, верхний полюс которого пальпируется между пупком и лобком. Конгломерат фиксирован к объемному образованию размерами 35х20 см, расположенному в мезо- и гипогастральной областях и описанному при пальпации живота. Своды глубокие, параметрии свободные. Выделения из половых путей скудные слизистые.

Данные обследования

В связи с напряженным асцитом выполнен лапароцентез. *При цитологическом исследовании* выявлены клетки аденокарциномы

CA125 Уровень CA125 - 563,9 ед/мл (норма <35 ед/мл)

Уровень HE4 - 367,2 пмоль/л (норма для постменопаузы <140 пмоль/л)

Альфа-фетопротеин Уровень альфа-фетопротеина 2,1 МЕ/мл (норма <5 МЕ/мл)

КТ органов грудной клетки, малого таза и брюшной полости: Легочный рисунок усилен за счет диффузного пневмосклероза. Участков с патологически измененной плотностью не выявлено. Бронхи не расширены, хорошо прослеживаются. В плевральных полостях жидкость не определяется. Средостение не смещено, структуры его хорошо дифференцированы. Сердце не увеличено. Перикард не утолщен, в полости его жидкость не определяется. Увеличенных лимфоузлов не выявлено. Аорта и крупные сосуды не изменены.

Печень в размерах не увеличена. На капсуле в области S7-S8 множественные образования от 0,5 до 1,0 см. Структура паренхимы неоднородная. Внутри- и внепеченочные желчные протоки не расширены. Сосудистый рисунок не изменен. Ствол воротной вены 10,8 мм. Очаговых образований не выявлено. Желчный пузырь в размерах не увеличен, с ровными контурами, не деформирован. Стенки желчного пузыря немного уплотнены и утолщены до 3,4 мм. Содержимое однородное. Поджелудочная железа в размерах не увеличены. Контуры ее четкие, ровные. Очаговых образований не выявлено. Парапанкреатических жидкостных скоплений не наблюдается. Селезенка несколько увеличена. Структура однородная, очаговых образований не выявлено. Правая почка расположена типично, контуры ее ровные, размеры 96 х 43 мм. Паренхима не истончена. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкрементов, очаговых образований не выявлено. Левая почка расположена типично, контуры ее ровные, размеры 112 х 56 мм. Паренхима не истончена. Чашечно-лоханочная система не расширена. Конкрементов, очаговых образований не выявлено. В проекции надпочечников объемных образований не выявлено. Забрюшинные лимфоузлы не увеличены. Большое количество свободной жидкости в латеральных каналах, вокруг печени и селезенки. Брюшной отдел аорты с признаками атеросклеротических изменений стенки. Большой сальник с многочисленными узлами от 0,5 до 7,0 см.

В проекции дна и тела матки определяется миоматозный узел 5,6х6,1х5,5 см. В области шейки матки дополнительных образований не определяется. В малом тазу определяется опухолевый конгломерат, включающий в себе матку, общими размерами 22,5х18,7х17,2 см, с множественными кистозными полостями. Создается впечатление о вовлечении стенки ректосигмоидного отдела толстой кишки. В малом тазу определяется свободная жидкость. Яичники отдельно не дифференцируются. Визуализируются множественные опухолевые диссеминаты на тазовой брюшине. Определяются подвздошные лимфоузлы до 3,5 см по длиннику. Заключение. Диффузный пневмосклероз. Кистозно-солидные образования яичников. Метастатическое поражение большого сальника, подвздошных лимфатических узлов. Асцит.

Колоноскопия: Анальная область не изменена. Сфинктер тоничен. Сразу за ним по окружности внутренние спавшиеся геморроидальные узлы размерами до 1,5 см, не кровоточат. Слизистая прямой кишки обычная. Слизистая сигмовидной, нисходящей, поперечной, восходящей и слепой кишки истончена, подчеркнут сосудистый рисунок. В сигмовидной и нисходящей кишке разнокалиберные, в том числе глубокие, без признаков воспаления дивертикулы размерами от 0,5 до 1,1 см. В восходящей кишке определяется лейомиома размерами 2,5х3,0 см. Перистальтика прослеживается. Гаустрация сохранена. Заключение: лейомиома восходящего отдела толстой кишки, дивертикулез толстой кишки, очаговый субатрофический колит, внутренний геморрой вне обострения.

МРТ головного мозга: Данных за очаговое поражение головного мозга не получено

Какой предварительный диагноз можно поставить данной пациентке на основании

результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования? Какие методы лечения могут быть использованы и в какой последовательности? Какой объём оперативного вмешательства должен быть выполнен?

Задача 15.

Рак шейки матки cT1b1N0M0

Ситуация: Женщина 32 лет направлена районным гинекологом в федеральный онкологический центр.

Жалобы: На контактные кровянистые выделения из половых путей.

Анамнез заболевания: В течении последних 6 месяцев беспокоят кровянистые выделения из половых путей после коитуса. Обратилась к гинекологу по месту жительства, После осмотра направлена в федеральный онкологический центр.

Анамнез жизни: Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – менеджер. Половая жизнь с 18 лет. Роды – 0. Аборты – 1. Гинекологические заболевания – эрозия шейки матки. Во втором браке.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 173 см. Температура тела 36,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Над- и подключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не увеличены, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания брюшной, дыхательные движения ритмичные, ЧД – 16 в минуту. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. При сравнительной перкуссии: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук. Границы лёгких не изменены. При аускультации над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации. Перитонеальных симптомов нет. Газы отходят. Стул регулярный Мочеиспускание самостоятельное, без дизурии.

При гинекологическом исследовании наружные половые органы развиты правильно. Слизистая влагалища визуально не изменена. На влагалищной части шейки матки определяется экзофитное опухолевое образование, размерами 3,0х2,5см, контактно кровоточит. Перехода на своды влагалища не отмечено. Тело матки не увеличено, плотное подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не увеличены. Своды глубокие, параметрии свободны. Выделения из половых путей кровянистые, скудные.

Данные обследования

По данным гистологического исследования биоптата картина плоскоклеточного неороговевающего рака G3

По данным магнитно резонансной томографии органов малого таза в шейке матки определяется образование, вероятно, специфической неопластической природы, размерами 35х32х23 мм, распространяющееся на нижнюю треть цервикального канала с признаками инвазии до ½ толщины шейки матки. Нельзя исключить переход опухоли на левый свод влагалища. Переход опухоли на параметрии не определяется. Тазовые лимфатические узлы не увеличены

СА-125 - 27 МЕ/мл

УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства: Печень не увеличена, контуры ровные. КВР правой доли 14,0 см. В паренхиме без очаговых образований. В области ворот печени без очаговых образований. Поджелудочная железа не увеличена, контуры ровные, узловые образования не определяются. Главный панкреатический проток не расширен. Селезенка не увеличена, контуры четкие, ровные. Почки расположены

типично, контуры четкие, ровные. Патологические образования в структуре не определяются. Чашечно-лоханочная система не расширена. В проекции надпочечников без дополнительных объемных образований. Патологически измененные забрюшинные лимфатические узлы вдоль аорты, нижней полой вены, подвздошных сосудов не выявлены.

МРТ головного мозга: Данных за очаговое поражение головного мозга не получено**.**

При срочном гистологическом исследовании удаленных тазовых лимфатических узлов выявлен микрометастаз рака в 1 наружном подвздошном лимфоузле слева.

По данным планового гистологического исследования операционного материал в шейке матки опухолевый узел, представленный разрастаниями низкодифференцированного плоскоклеточного неороговевающего рака, размерами 3,4х2,5х1,7 см, переходящий на нижнюю и среднюю треть цервикального канала, с инвазией в строму шейки матки на 0,9 см (толщина стенки цервикального канала 1,5 см) без признаков сосудистой и перineвральной инвазии. В 1 из 20 левых тазовых лимфатических узлов микрометастаз рака аналогичного строения размером 2,0х3,0 мм. В 1 из 15 поясничных лимфатических узлов микрометастаз рака аналогичного строения размерами 1,0х2,0 мм. В 19 правых тазовых лимфатических узлах без признаков опухолевого роста.

Назовите предположительный диагноз и объём выполненного хирургического лечения. Определите дальнейшую тактику ведения пациентки.

Задача 16.

Внегонадная герминогенная опухоль средостения

Ситуация: Мужчина 30 лет обратился к врачу-онкологу.

Жалобы: на расширение вен грудной стенки и шеи, учащенное сердцебиение, повышенную утомляемость.

Анамнез заболевания: Вышеуказанные жалобы беспокоят в течение последних 6 месяцев. Самостоятельно не лечился. К врачу не обращался, связывая свое состояние с переутомлением на работе. После отпуска жалобы сохранились, в связи с чем обратился к врачу по месту жительства.

Анамнез жизни: Хронических заболеваний нет. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Профессиональных вредностей не имеет. Аллергическая реакция на амоксициллин в виде крапивницы

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 179 см. Температура тела 36,8°С. Кожные покровы сухие, теплые. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Перкуторно границы средостения расширены, над легкими – ясный легочный звук. Аускультативно – везикулярное дыхание, проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. ЧДД 14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 87/мин, АД 110/65 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы.

Данные обследования

Исследование крови на опухолевые маркеры: АФП 710,3 (N до 5,5 нг/мл), bХГЧ 10560,0 (N до 2,6 мМе/мл), ЛДГ 3160 (N до 225 Ед\л).

Биохимический анализ крови: Билирубин общий 10,3 (N 3,0 - 17,0), АЛТ 60,0 (N 15,0 - 61,0), АСТ 19,0 (N 15,0 - 37,0)

Компьютерная томография (КТ) органов грудной клетки с внутривенным контрастированием: В передне-правых отделах средостения определяется дополнительная структура размерами 11,7х10,3х13,2 см, с четкими неровными контурами, компремирующая прилежащие отделы верхней и средней долей правого легкого, плотностью 24-27 HU, неоднородной структуры за счет гиподенсного участка неправильной формы в центральных отделах (плотностью около 17 HU), активно неравномерно накапливающее контрастный препарат (до 76 HU, за исключением центральных отделов, где накопление контрастного препарата отсутствует). Очаговых,

инфильтративных и полостных изменений в легких не выявлено. Легочный рисунок не деформирован, прослеживается во всех отделах. Корни легких не расширены, структурны. Просветы бронхов не расширены, прослеживаются до субсегментарного уровня. Стенки бронхов не утолщены. Просвет трахеи не деформирован, свободен. Свободной жидкости в плевральных полостях, полости перикарда не обнаружено. Внутригрудные лимфатические узлы не увеличены. Сердце не увеличено в размерах. Костные структуры на исследованных уровнях без деструктивных, травматических изменений.

Какой предварительный диагноз можно поставить данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования? Какие методы лечения могут быть использованы и в какой последовательности?

Задача 17.

Листовидная опухоль правой молочной железы

Ситуация: Пациентка К.19 лет обратилась к онкологу в онкодиспансер по месту жительства.

Жалобы: На наличие в правой молочной железе плотного образования

Анамнез заболевания: Считает себя больной около года, когда впервые самостоятельно обнаружила образование в правой молочной железе, размером с «грецкий орех». Обратилась к маммологу. Выполнено УЗИ молочных желез и поставлен диагноз «фиброаденома». Пациентке было рекомендовано динамическое наблюдение. Однако, за последние 4 мес. образование значительно увеличилось в размерах. Пациентка обратилась для повторной консультации, направлена к онкологу

Анамнез жизни: Из сопутствующей патологии: хронический атрофический ринит. Опухолевые заболевания в семье отрицает. Менструальный статус: менструации с 12 лет, установились сразу, цикл регулярный. Аллергический анамнез: отрицает Профессиональные вредности отсутствуют Вредные привычки: отрицает

Объективный статус: Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы розовые, сухие. Слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт.ст., ЧСС 72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Стул регулярный.

St.localis: Молочные железы не симметричны, правая молочная железа больше левой. Кожа правой молочной железы несколько истончена, хорошо визуализируется сосудистый рисунок, ареола справа увеличена, сосок не фиксирован, не изменен. Выделений из сосков на момент осмотра нет. Практически все отделы правой молочной железы (наружные и центральный) заняты бугристой, плотной опухолью, без кожных симптомов, ограничено подвижной. В ткани левой молочной железы узловые образования не определяются. Аксиллярные лимфатические узлы с обеих сторон не пальпируются. Над-подключичные лимфатические с обеих сторон не увеличены

Данные обследования

МРТ обеих молочных желез: При МРТ молочных желез определяется овальное, дольчатой структуры с четким контуром образование, гипоинтенсивное на преконтрастном Т1 взвешенном изображении. Заключение: листовидная опухоль правой молочной железы(?)

Кор-биопсия опухоли с целью гистологического исследования материала: В присланном препарате отмечается двухкомпонентность структур с преобладанием соединительно-тканных компонентов, атипия отсутствует, преобладает стромальная клеточность и наличие стромальных митозов. Заключение: простая листовидная опухоль молочной железы.

УЗИ обеих молочных желез и регионарных зон лимфооттока: Практически вся правая молочная железа занята разноэхогенным образованием с четко-нечетким фестончатым контуром, размером 20,8х18,4 см, гиперваскуляризированное в режиме ЦДК. В ткани левой молочной железы без очаговой патологии и участков очаговой гиперваскуляризации. Регионарные лимфатические узлы не увеличены с сохраненной и

упорядоченной внутренней структурой
Кор-биопсия опухоли с целью гистологического исследования материала: В присланном препарате отмечается двухкомпонентность структур с преобладанием соединительно-тканных компонентов, атипия отсутствует, преобладает стромальная клеточность и наличие стромальных митозов. Заключение: простая листовидная опухоль молочной железы.
Какой предварительный диагноз можно поставить данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования? Алгоритм дообследования пациентки. Какие методы лечения могут быть использованы и в какой последовательности?

Задача 18.

Мезотелиома плевры
Ситуация: Пациентка 68 лет госпитализирована в отделение торакальной хирургии для обследования.
Жалобы: На постоянные выраженные боли в правой половине грудной клетки, сухой кашель и одышку при быстрой ходьбе.
Анамнез заболевания: Заболела 4 месяца назад, когда появились упомянутые жалобы. Обратилась в поликлинику к участковому терапевту. Была выполнена рентгенография легких, на которой обнаружено затенение в правой плевральной полости. Симптоматическое лечение успеха не имело. Была осмотрена фтизиатром, данных за специфическую патологию не обнаружено и пациентка направлен на консультацию к торакальному хирургу. Госпитализирована в отделение торакальной хирургии для обследования.
Анамнез жизни: Страдает эндометриозом, лечится у гинеколога. Не курит. В течение 15 лет работала в строительстве, изготовление шифера. Аллергическая реакция на пенициллин в виде крапивницы. Наследственность не отягощена
Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 78 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При перкуссии справа под углом лопатки звук отчетливо укорочен. При аускультации – в нижних отделах правого легкого дыхание не проводится; хрипы сухие непостоянные слева. ЧДД 26 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 86 в 1 мин, АД 150/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.
Данные обследования
При КТ выявлено: правое легкое значительно компремировано жидким содержимым плевральной полости, определяется диффузное утолщение костальной и медиастинальной плевры справа с формированием множественных мягкотканых узлов плотностью 40-45HU, сливающихся в конгламераты, размерами в верхних отделах до 3.5 см. В легком определяются 3 округлых образований от 1.7 до 2.5 см в диаметре, с четкими ровными контурами, однородной структуры. Корни легких не расширены. Увеличены бронхо-пульмональные лимф. узлы до 1.5 см. Трахея и бронхи проходимы, просветы долевых и сегментарных бронхов не изменены, контур их деформирован, стенки уплотнены. Средостение несколько смещено влево. Правая плевральная полость заполнена жидкостью, плотностью. Сердце несколько увеличено в размерах, имеет обычную конфигурацию. Левое легкое без признаков поражения.
Какой предварительный диагноз можно поставить данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования? Алгоритм дообследования пациентки. Какие методы лечения могут быть использованы и в какой последовательности?

Задача 19.

Базальноклеточный рак кожи лица I ст cT1(2)N0M0

Ситуация: Женщина 90 лет самостоятельно обратилась в онкологический центр.
Жалобы: На рост образования на коже левой и щеки.
Анамнез заболевания: Со слов пациентки считает себя больной около трех месяцев, когда впервые появились образование на коже щеки. Не лечилась. Около месяца назад пациентка отметила изменение цвета и формы образования, по поводу чего обратилась поликлинику.
Анамнез жизни: В анамнезе многократные солнечные ожоги, в детском и взрослом возрасте. Частое использование косметики
Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Вес 73 кг, рост 163 см. Температура тела 36,6° С.. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. При осмотре на коже левой щеки определяется опухолевая инфильтрация диаметром до 1 см темно-розового цвета, без четких границ. Аналогичный очаг на коже спинки носа диаметром до 0,8 мм. Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, размером до 1 см, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 97% Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд в мин, АД 130/82 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
Данные обследования
Эпилюминисцентная дерматоскопия: Хорошо заметные гомогенные зоны, которые отличаются белым цветом от нормальной кожи. В структуре образования преобладают капилляры ветвящегося характера.
Флуоресцентная диагностика образования кожи: Выявлен очаг флюоресценции на коже щеки, совпадающий с визуальными границами опухоли
Соскоб с поверхности опухоли для цитологического исследования: Соскоб с образования кожи щеки – цитограмма соответствует базальноклеточному раку кожи.
УЗИ образования кожи мягких тканей лица и регионарных зон: При исследовании шеи справа и слева в проекциях сосудистых пучков в н/з и с/з шеи эхографически без признаков патологии. В в/з визуализируются лимфоузлы с признаками гиперплазии размером до 12х5 мм. При исследовании мягких тканей лица - в проекции визуальных изменений определяются участки гипоэхогенной структуры толщиной до 1 мм, без признаков инвазивного роста. Заключение. Эхографическая картина в щитовидной железе - коллоидного зоба. Регионарные зоны без патологии. Образования кожи лица - в пределах дермы.
Компьютерная томография органов грудной клетки: Признаков инфильтративных изменений и узловых образований легких не выявлено.
Какой диагноз можно поставить данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования? Определите дальнейшую тактику ведения пациента (обследование, лечение).

Задача 20.

Рак мочевого пузыря

Ситуация: Мужчина 42 года обратился в МРНЦ им. А.Ф. Цыба для консультации к онкоурологу.

Жалобы: На периодическую примесь крови в моче в течение 1 месяца, резь при мочеиспускании.

Анамнез заболевания: Считает себя больным 1 месяц, когда впервые появились жалобы на примесь крови в моче в течение 1 месяца, резь при мочеиспускании.

Анамнез жизни: Хронических заболеваний нет. Курит по 1 пачке сигарет в день в течение 20 лет, алкоголь употребляет умеренно. Профессиональных вредностей не имеет. Аллергические реакции не отмечает.

Объективный статус: Состояние удовлетворительное. Вес 86 кг, рост 182 см. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы сухие, теплые, обычной окраски. Дыхание аускультативно везикулярное, хрипов не выслушивается, ЧДД 17/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68/мин, АД 134/72 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. Мочеиспускание самостоятельное, отмечается резь при мочеиспускании, макрогематурия.

Данные обследования

Общий анализ мочи: Белок 0,71 г/л (N 0,00-0,12)

Диагностическая цистоскопия: При цистоскопии визуализируется единичное крупно ворсинчатое опухолевое образование по левой боковой стенке мочевого пузыря, до 2 см в диаметре

УЗИ органов малого таза: Визуализируется единичное опухолевое образование по левой боковой стенке мочевого пузыря, до 2 см в диаметре. Увеличенных лимфоузлов малого таза не определяется.

Гистологическое заключение после трансуретральной резекции: папиллярный уротелиальный рак, low grade, инвазия опухоли в собственную пластинку слизистой оболочки мочевого пузыря, инвазии в мышечный слой не обнаружено.

Какой диагноз можно поставить данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования? Определите дальнейшую тактику ведения пациента.