

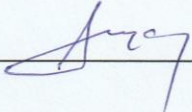
МИНОБРНАУКИ РОССИИ

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Тульский государственный университет»**

**Медицинский институт
Кафедра «Онкология»**

Утверждено на заседании кафедры
«Онкология»
«25» января 2022 г., протокол №7

Заведующий кафедрой

 А.З. Гусейнов

**МЕТОДИЧЕСКИЕ УКАЗАНИЯ
по проведению клинических практических занятий студентов
по дисциплине (модулю)
«Онкология, лучевая терапия»**

**основной профессиональной образовательной программы
высшего образования – программы специалитета**

по специальности
31.05.01 Лечебное дело

с направленностью (профилем)
Лечебное дело

Форма обучения: *очная*

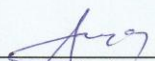
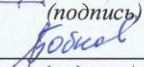
Идентификационный номер образовательной программы: 310501-01-22

Тула 2022 год

Разработчик(и) методических указаний

Гусейнов А.З., д.м.н., зав. кафедрой «Онкология»

Бобков М.С., преподаватель кафедры «Онкология»


(подпись)

(подпись)

Содержание

ВВЕДЕНИЕ	4
Тема №1: «Современные проблемы онкологии. Организация онкологической помощи. Патогенез клинических симптомов. Вопросы классификации в онкологии. Методы диагностики злокачественных опухолей. Принципы лечения злокачественных новообразований: хирургическое и лекарственное лечение. Деонтология в онкологии»	6
Тема №2: «Опухоли головы и шеи»	13
Тема №3: «Рак легкого»	20
Тема № 4: «Рак пищевода»	26
Тема № 5. «Рак желудка»	32
Тема № 6: «Рак печени»	38
Тема № 7: «Рак поджелудочной железы»	42
Тема №8: «Рак ободочной кишки»	46
Тема № 9: «Рак прямой кишки»	50
Тема №10: «Онкоурология и онкогинекология»	52
Тема №11: «Рак кожи. Меланома кожи и слизистой».	54
Тема № 12: « Опухоли костей и мягких тканей»	61
Тема №13: «Предраковые заболевания и рак молочной железы».	66
Тема №14. «Лучевая терапия. Лучевые реакции и лучевые повреждения»	73
Список рекомендуемой литературы	76

ВВЕДЕНИЕ

В методических указаниях по дисциплине «Онкология, лучевая терапия» освещены основы диагностики и лечения онкологических заболеваний с рассмотрением проблем эпидемиологии и классификации.

При рассмотрении каждой темы приводятся современная классификация, тестовые задания и ситуационные задачи. В конце методических указаний даются ответы на тестовые задания отдельно по каждому разделу.

Методические указания по дисциплине «Онкология, лучевая терапия» определяют круг вопросов, которые должны изучить студенты на различных этапах обучения в вузе, предусматривает меры по приобретению студентами практических навыков по распознаванию злокачественных опухолей и тактике их лечения.

Основное внимание в методических указаниях уделяется изучению клинической картины и диагностике опухолей, принципы лечения, вопросы оказания паллиативной помощи, трудовой экспертизы и трудоустройства онкологических больных.

В методических указаниях рассматриваются следующие темы:

– Современные проблемы онкологии. Организация онкологической службы в России;

- Рак кожи, меланомы,
- Опухоли головы и шеи,
- Предопухолевые заболевания и рак молочной железы,
- Рак легкого,
- Рак пищевода и желудка,
- Рак толстой и прямой кишки,
- Рак печени и поджелудочной железы,
- Саркомы костей и мягких тканей,
- Злокачественные лимфомы,
- Лекарственная терапия злокачественных опухолей,
- Лучевая терапия злокачественных опухолей,
- Лечение неотложных состояний у онкологических больных.

Изучение каждой темы предполагает освоение студентами практических навыков:

1. Собрать анамнез, проанализировать характер жалоб (нарушений функций органа, болевого синдрома, патологических выделений, изменений общего состояния и т.д.).

2. Проводить физикальное обследование онкологического больного.

3. Составить план клинического и инструментального обследования с подозрением на злокачественную опухоль.

4. Сформулировать и обосновать клинический диагноз.

5. Сформировать группу лиц повышенного риска по возникновению злокачественной опухоли.

6. Провести анализ причин поздней диагностики рака.

Данные методические указания помогут студентам по прохождении курса онкологии знать:

1. Факторы, способствующие возникновению злокачественных опухолей и меры профилактики рака.
2. Симптомы наиболее частых злокачественных новообразований, патогенез их развития.
3. Современные методы диагностики злокачественных опухолей, роль и способы инструментальных и морфологических исследований.
4. Современные принципы и результаты радикального и паллиативного лечения злокачественных новообразований.
5. Деонтологические аспекты в онкологии.

По методическим указаниям студенты знакомятся:

1. С вопросами организации онкологической помощи в России.
2. С вопросами скрининговых исследований, направленных на выявление ранних форм рака.
3. С системой диспансеризации лиц группы повышенного риска и излеченных от злокачественных новообразований.
4. С системой паллиативной помощи инкурабельным больным.
5. С научными исследованиями, направленными на улучшение ранней диагностики и результатов лечения онкологических больных.

Текущий контроль на занятиях проводится с помощью тестовых заданий и ситуационных задач.

Заключительный контроль знаний студентов осуществляется путем проведения зачета по онкологии. Кроме того, вопросы онкологии включены в экзаменационные билеты по терапии, хирургии, акушерству и гинекологии на курсовых и выпускном государственном экзамене.

Тема №1: «Современные проблемы онкологии. Организация онкологической помощи. Патогенез клинических симптомов. Вопросы классификации в онкологии. Методы диагностики злокачественных опухолей. Принципы лечения злокачественных новообразований: хирургическое и лекарственное лечение. Деонтология в онкологии»

Цель изучения

Изучить особенности распространения, факторы, способствующие возникновению злокачественных новообразований, структуру онкологической службы, систему учета онкологических заболеваний. Принципы лечения злокачественных новообразований: хирургическое и лекарственное лечение.

План изучения

1. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей. Динамика и структура онкозаболеваемости в России и Тульской области.
2. Роль экзогенных и эндогенных факторов в возникновении опухолей человека.
3. Современные представления о механизмах канцерогенеза.
4. Понятие о первичной и вторичной профилактике рака. Борьба с курением. Гигиена питания.
5. Структура онкологической службы в России. Онкологический диспансер – основное подразделение онкологической сети, его структура и задачи.
6. Правила и сроки диспансеризации онкологических больных. Клинические группы.
7. Роль медицинских профилактических осмотров населения в раннем выявлении злокачественных опухолей. Скрининг в онкологии. Роль смотровых кабинетов.
8. Система учета онкологических заболеваний. Основная учетная документация. Контроль полноты учета. Понятие о раковом регистре.
9. Причины запущенности онкозаболеваний, их регистрация и анализ.
10. Основные показатели деятельности онкологической службы.
11. Организация и методика противораковой пропаганды.
12. Принципы лечения злокачественных новообразований: хирургическое и лекарственное лечение.

Практические навыки

1. Усвоить порядок направления больных с подозрением на злокачественное новообразование в онкологическое учреждение.
2. Уметь установить клиническую группу у онкологического больного.
3. Составить извещение о впервые выявленном больном и заполнить контрольную карту диспансерного наблюдения.
4. Заполнить выписку из истории болезни онкологического больного.
5. Составить и провести анализ протокола на запущенный случай злокачественного новообразования.

6. Подготовить лекцию или беседу для населения на онкологическую тему.

7. Определить показания для назначения лекарственного лечения (химиотерапии, гормонотерапии, таргетной терапии) и хирургического лечения.

8. Оценить риск развития осложнений химиотерапии.

9. Уметь оказывать медицинскую помощь при развитии осложнений.

Тестовые задания:

1. К физическим канцерогенным факторам относятся:

- а) инфракрасное излучение
- б) ультрафиолетовые лучи, ионизирующая радиация
- в) магнитное поле
- г) вибрация
- д) электрическое поле

2. Длительная и интенсивная инсоляция может привести к возникновению:

- а) рака щитовидной железы
- б) рака легкого
- в) рака кожи
- г) рака нижней губы

3. Онкогенами являются:

- а) только РНК- вирусы
- б) только ДНК- вирусы
- в) ДНК- и РНК- вирусы
- г) аденовирусы

4. Необходимым условием превращения нормальной клетки в опухолевую в условиях вирусного канцерогенеза являются:

- а) локализация вируса в цитоплазме клетки
- б) интеграция ДНК- или РНК- вируса в ДНК клетки
- в) возможны оба механизма

5. Аденовирусы вызывают у человека развитие:

- а) папилломы
- б) опухоли ротоглотки
- в) контагиозного моллюска
- г) воспалительных заболеваний дыхательных путей

6. Современная схема вирусного канцерогенеза включает в себя:

- а) проникновение вируса в клетку и физическую интеграцию его с клеточной ДНК
- б) функционирование интегрированного вирусного генома с образованием специфических РНК и онкобелков

- в) онкобелки воздействуют на функции клетки, приводят её к опухолевой трансформации
- г) все ответы верны

7. Генетические нарушения (повреждения) нормальной клетки, предрасполагающие её к опухолевой трансформации, могут быть реализованы в виде:

- а) генных мутаций, хромосомных aberrаций
- б) хромосомных aberrаций, изменений в количестве копий генов
- в) изменений в количестве копий генов и хромосом, генных мутаций
- г) изменений в количестве хромосом и копий генов, хромосомных aberrаций, генных мутаций
- д) изменений в количестве хромосом, генных мутаций, хромосомных aberrаций

8. Возможность сохранения нормального генотипа клетки, несмотря на постоянное воздействие канцерогенных факторов, обусловлена в первую очередь:

- а) наличием в клетке системы репарации повреждений ДНК
- б) чрезвычайной устойчивостью ДНК любой клетки к воздействию канцерогенов
- в) наличием системы генов-супрессоров
- г) правильно а) и б)

9. Онкоген является:

- а) активным гомологом протоонкогена
- б) небольшой нуклеотидной последовательностью, расположенной в ДНК рядом с протоонкогеном
- в) правильно а) и б)

10. Онкогены обнаружены в геномах:

- а) простейших одноклеточных организмов
- б) вирусов
- в) растений
- г) животных
- д) все ответы верны

11. Угнетение, снижение иммунной реактивности отмечено при:

- а) воздействии на организм канцерогенных агентов
- б) прогрессировании опухолевого роста и при первично-множественных злокачественных опухолях
- в) старении, вследствие развития вторичной иммунной недостаточности
- г) все ответы верны
- д) верны все ответы, кроме в)

12. Термин “симптоматическая терапия” означает:

- а) терапию, направленную на устранение наиболее тягостных проявлений заболеваний, связанных с новообразованиями и с осложнениями специфической терапии
- б) терапию, направленную на уменьшение первичных опухолей
- в) терапию, направленную на уменьшение отдаленных метастазов
- г) ни одно из перечисленных

13. Основная сущность канцерогенеза злокачественных опухолей заключается:

- а) в нарушении биохимических процессов в цитоплазме
- б) в нарушении взаимодействия структур ядра в цитоплазме
- в) в повреждении генетического аппарата клетки
- г) правильно а) и б)
- д) правильного ответа нет

14. Спустя 2 года после проведенного радикального лечения больного со злокачественной опухолью следует осматривать:

- а) 1 раз в месяц
- б) 1 раз в квартал
- в) 1 раз в полугодие
- г) 1 раз в год
- д) 1 раз в 2 года

15. Соблюдение принципов зональности и футлярности при выполнении онкологических операций направлено:

- а) на обеспечение антибластики
- б) на обеспечение абластики
- в) на снижение риска хирургического вмешательства
- г) на максимальное сохранение функции органа
- д) все ответы правильные

16. При отказе больного от необходимого плана лечения или операции лечащий врач обязан:

- а) оперировать без согласия больного, но при согласии родственников
- б) продолжить настойчиво убеждать
- в) созвать консилиум и найти индивидуальное решение
- г) выписать
- д) поставить больного в известность об опасном онкологическом заболевании

17. В общей структуре онкологической заболеваемости населения в России 1-е место занимает рак:

- а) пищевода
- б) желудка
- в) легкого

- г) щитовидной железы
- д) молочной железы

18. Классификация по клиническим группам в отличие от классификации по стадиям отражает:

- а) распространенность процесса
- б) морфологическую классификацию опухоли
- в) лечебно-диагностическую тактику
- г) общее состояние больных
- д) группы повышенного онкориска

19. Границей доклинической и клинической фаз развития рака принято считать величину опухоли, равную:

- а) 3 мм
- б) 5 мм
- в) 1 см
- г) 2 см
- д) 3 см

20. Рак возникает из ткани:

- а) мышечной
- б) сосудистой
- в) эпителиальной
- г) лимфатической
- д) любой

21. Опухолевая клетка чувствительна к ионизирующему излучению во всех следующих циклах, кроме:

- а) фазы митоза
- б) пресинтетическая фаза
- в) фаза синтеза
- г) постсинтетическая фаза

22. Доброкачественным опухолям присущи:

- а) инфильтрирующий рост
- б) экспансивный рост
- в) нарушение дифференцировки клеток
- г) правильно б) и в)
- д) все ответы правильны

23. Для злокачественной опухоли не характерна:

- а) полная автономность
- б) относительная автономность
- в) инвазивность
- г) атрофия окружающих тканей

д) более активное захватывание продуктов метаболизма

24. На онкологическую службу возлагается:

- а) лечение и диспансеризация больных
- б) проведение профилактических и скрининговых исследований
- в) оказание паллиативной помощи
- г) консультативная и организационно-методическая работа
- д) верно а), б), и г)

25. Основным первичным учетным документом онкологического диспансера является:

- а) извещение о больном с впервые в жизни установленным диагнозом рака
- б) протокол запущенности
- в) выписка из медицинской карты
- г) контрольная карта диспансерного наблюдения
- д) история болезни

26. Основным структурным звеном онкологической службы является:

- а) ОНЦ Российской АМН
- б) НИИ онкологии
- в) онкологический диспансер
- г) онкологическое отделение
- д) онкологический кабинет

27. Задачами онкологического диспансера являются:

- а) организация профосмотров
- б) анализ статистических данных по заболеваемости и смертности
- в) онкологическая подготовка врачей
- г) научно-исследовательская работа
- д) верны первые 3 ответа
- е) все ответы верны

28. Самой частой злокачественной опухолью у мужчин в нашей стране является:

- а) рак легких
- б) рак желудка
- в) рак предстательной железы
- г) рак прямой кишки

29. Курение оказывает влияние на частоту:

- а) рака легкого, яичников, мочевого пузыря
- б) рака легкого, гортани, мочевого пузыря
- в) рака легкого, почки, щитовидной железы
- г) рака легкого, желудка, толстой кишки
- д) рака легкого, шейки матки, лимфосаркомы

30. Подлежат ли динамическому наблюдению больные лимфогранулематозом после химиотерапии:

- а) нет
- б) всегда
- в) при длительно существующих язвах
- г) при подозрении на рак

31. Какое исследование необходимо проводить перед началом химиотерапии:

- а) анализ на биомаркеры опухоли
- б) клинический анализ крови
- в) биохимический анализ крови
- г) все перечисленное

32. Какому лечению следует отдавать предпочтение при локализованных формах сарком мягких тканей:

- а) физиотерапия, включая рассасывающую
- б) экономное иссечение опухоли
- в) комбинированное лечение
- г) химиотерапия

33. Какое осложнение наиболее характерно при проведении химиотерапии:

- а) нейтропения
- б) лимфопения
- в) понижение СОЭ
- г) увеличение лимфоузлов

34. Показания к неоадьювантной терапии при раке молочной железы:

- а) 1 ст.
- б) 2 ст.
- в) 3 ст.
- г) не имеет значение

Ситуационная задача

Больной Б., 65 лет, обратился к врачу с жалобами на боли в левой половине грудной клетки приступообразного характера. В течение месяца периодически возникают непостоянные затруднения в прохождении твердой пищи, ухудшение аппетита.

Объективное исследование. Состояние больного удовлетворительное. Умеренная болезненность при пальпации в эпигастральной области.

Фиброэзофагогастродуоденоскопия: инфильтративная опухоль средней трети пищевода без видимых границ.

- 1) Как уточнить диагноз
- 2) Есть ли показания к проведения химиотерапии?

Тема №2: «Опухоли головы и шеи»

Цель изучения

Изучить клиническую и морфологическую картины, методы диагностики, особенности течения, общие принципы лечения, врачебную тактику при опухолях головы и шеи.

Рак щитовидной железы

План изучения

1. Топографо-анатомические особенности щитовидной железы.
2. Статистика злокачественных опухолей щитовидной железы (частота, заболеваемость, смертность, возрастные особенности).
3. Факторы, предрасполагающие и способствующие заболеванию раком щитовидной железы.
4. Врачебная тактика при узловых образованиях щитовидной железы.
5. Клинико-морфологическая классификация злокачественных новообразований щитовидной железы, пути метастазирования.
6. Классификация рака щитовидной железы по стадиям и системе TNM.
7. Клиническая картина злокачественных опухолей щитовидной железы.
8. Методы диагностики новообразований щитовидной железы. Значение цитологического и гистологического метода исследования.
9. Общие принципы лечения злокачественных опухолей щитовидной железы.
10. Прогноз у больных раком щитовидной железы.
11. Диспансеризация и реабилитация пациентов, радикально пролеченных от злокачественных опухолей щитовидной железы.

Практические навыки

1. Собрать анамнез и провести физикальное обследование больных с заболеванием щитовидной железы.
2. Избрать правильную тактику обследования пациента с узловым образованием щитовидной железы.
3. Уметь выявлять метастазы рака щитовидной железы в шейные лимфатические узлы.
4. Проведение пункционной биопсии опухоли щитовидной железы

Рак нижней губы

План изучения

1. Предраковые заболевания красной каймы нижней губы. Облигатный и факультативный предрак. Основные методы диагностики и лечения предопухолевых состояний.
2. Статистические данные рака нижней губы.

3. Факторы, способствующие заболеванию раком нижней губы. Меры профилактики рака нижней губы.

4. Макроскопические формы роста злокачественных новообразований нижней губы. Особенности регионарного и отдаленного метастазирования.

5. Клиническая классификация по стадиям и системе TNM.

6. Морфологическое строение злокачественных опухолей нижней губы и влияние степени дифференцировки на течение патологического процесса.

7. Клинические проявления рака нижней губы.

8. Принципы диагностики злокачественных новообразований нижней губы.

9. Общие принципы лечения первичного очага и регионарных метастазов

10. Отдаленные результаты лечения больных раком нижней губы.

Практические навыки

1. Уметь собрать анамнез и провести объективное обследование больного с подозрением на рак нижней губы.

2. Провести дифференциальную диагностику и распознать рак нижней губы.

3. Взятие мазка для цитологического исследования.

Рак языка и слизистой полости рта

План изучения

1. Статистические данные рака языка и слизистых оболочек полости рта.

2. Способствующие факторы и вредные привычки.

3. Предраковые заболевания языка и слизистой полости рта.

4. Формы роста и пути метастазирования злокачественных новообразований языка и слизистых оболочек полости рта.

5. Патологоанатомическая характеристика рака языка и слизистой полости рта.

6. Клиническая классификация по стадиям распространения опухолевого процесса и по системе TNM.

7. Особенности клинического течения рака языка и слизистой полости рта.

8. Принципы диагностики.

9. Лечение больных раком языка и слизистой полости рта.

10. Отдаленные результаты лечения.

Практические навыки

1. Заподозрить рак языка и слизистой полости рта.

2. Уметь взять материал для цитологического исследования.

3. Рассказать больному о правилах гигиены полости рта.

Тестовые задания:

1. Минимальным объемом хирургического вмешательства при раке щитовидной железы следует считать:

- а) энуклеацию узла
- б) резекцию доли
- в) гемитиреоидэктомию
- г) гемитиреоидэктомию с резекцией перешейка
- д) субтотальную резекцию щитовидной железы

2. К наиболее часто встречающимся морфологическим формам рака щитовидной железы относятся:

- а) папиллярная аденокарцинома
- б) фолликулярная аденокарцинома
- в) медуллярный рак
- г) недифференцированный рак

3. Заболеваемость раком щитовидной железы в СНГ за последние годы:

- а) снижается
- б) остается на том же уровне
- в) растет

4. Под понятием “скрытый” рак щитовидной железы подразумевают:

- а) наличие малых размеров опухоли в ткани щитовидной железы без клинических её проявлений
- б) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи без клинических признаков первичной опухоли
- в) наличие метастазов рака щитовидной железы в лимфоузлы шеи
- г) все ответы правильные

5. Наиболее часто метастазами рака щитовидной железы поражаются:

- а) лимфоузлы вдоль внутренней яремной вены
- б) надключичные
- в) паратрахеальные
- г) претрахеальные
- д) за грудиные

6. Частота регионарного метастазирования рака щитовидной железы составляет:

- а) от 10 до 20%
- б) от 25 до 35%
- в) от 40 до 50%
- г) от 60 до 80%

7. Больному 55 лет произведена гемитиреоидэктомия с резекцией перешейка по поводу аденоматоза щитовидной железы. В двух узлах – фолликулярная

аденома. В 1-м (размером в 1 см) – папиллярный рак. Ему следует назначить:

- а) повторную операцию в объеме тиреоидэктомии
- б) профилактическую лучевую терапию
- в) профилактическую химиотерапию
- г) лечение радиоактивным йодом
- д) наблюдение

8. Изменение силы и тембра голоса после выполнения операции вероятнее всего связано с повреждением:

- а) наружной ветви верхнего гортанного нерва
- б) внутренней ветви верхнего гортанного нерва
- в) возвратного гортанного нерва
- г) подъязычного нерва
- д) верно в) и г)

9. Независимо от объема выполненной операции при раке щитовидной железы необходима длительная:

- а) полихимиотерапия (ПХТ)
- б) лучевая терапия
- в) радиойодтерапия (^{131}J)
- г) ПХТ + лучевая терапия
- д) терапия тироксином

10. Дифференцированные формы рака щитовидной железы преимущественно распространяются:

- а) по лимфатическим путям
- б) гематогенно
- в) по фасциально-футлярным структурам
- г) по протяжению
- д) одинаково часто

11. Пятилетняя выживаемость при раке щитовидной железы в среднем составляет:

- а) 20-25%
- б) 30-35%
- в) 40-45%
- г) 50-55%
- д) 60-65%

12. При раке щитовидной железы обязательным являются все перечисленные методы диагностики, кроме:

- а) клинических
- б) рентгенологических методов исследования органов шеи и грудной клетки
- в) пневмотиреографии

- в) сканирование щитовидной железы и всего тела
- д) цитологического исследования

13. К группе повышенного риска в отношении рака нижней губы не относят лиц, подвергающихся систематическому воздействию:

- а) губной помады
- б) повышенной инсоляции
- в) колебаний температуры, ветра
- г) табака при курении
- д) носа при закладывании за губу

14. К предраковым заболеваниям губы относятся все перечисленные, кроме:

- а) очаговый дискератоз
- б) лейкоплакия
- в) папилломы
- г) хронической травмы губы
- д) острой травмы губы

15. Первым этапом метастатического поражения при раке губы являются:

- а) подчелюстные лимфатические узлы
- б) подбородочные лимфатические узлы
- в) околоушные лимфатические узлы
- г) надключичные лимфатические узлы
- д) верно а) и б)

16. В плане радикальной терапии первичного очага при раке губы используются все перечисленные методы лечения, кроме:

- а) хирургического
- б) лучевой терапии
- в) химиотерапии
- г) лучей лазера
- д) комбинированного метода

17. К предопухолевым заболеваниям слизистой оболочки полости рта относятся все перечисленные, кроме:

- а) кист
- б) лейкоплакии
- в) красной волчанки
- г) невуса
- д) атрофических процессов слизистой оболочки

18. Для лечения рака языка III стадии (T3N0M0) предпочтительно применять перечисленные методы лечения, кроме:

- а) хирургического
- б) внутритканевой лучевой терапии

- в) сочетанной лучевой терапии
- г) комбинированного метода
- д) химиолучевого лечения

19. Этиологическими моментами в развитии рака щитовидной железы следует считать:

- а) наличие неопластических процессов в ткани щитовидной железы
- б) ионизирующее излучение
- в) длительную стимуляцию организма повышенным содержанием тиреотропного гормона
- г) все вышеперечисленное

20. У больной 50 лет папиллярный рак щитовидной железы T2N0M0 с локализацией в правой доле. Ей следует:

- а) выполнить субтотальную резекцию
- б) провести комбинированное лечение с предоперационной лучевой терапией
- в) провести комбинированное лечение с послеоперационной терапией
- г) провести самостоятельную лучевую терапию

21. Криодеструкция первичной опухоли нижней губы может применяться:

- а) при I стадии
- б) при IIa стадии
- в) при IIб стадии
- г) при рецидиве опухоли
- д) при всех перечисленных стадиях

22. Близкофокусная рентгенотерапия может быть применена как самостоятельный метод лечения при раке нижней губы:

- а) I стадии
- б) IIa стадии
- в) IIIa стадии
- г) при всех стадиях
- д) правильные ответы а) и б)

23. Лучевая терапия регионарных метастазов рака нижней губы используется:

- а) как самостоятельный метод
- б) как этап комбинированного лечения
- в) как паллиативный метод лечения
- г) правильно а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

24. Наибольшая частота рака слизистой полости рта отмечается:

- а) в государствах Балтии
- б) в средней полосе России

- в) в Узбекистане
- г) в Сибири

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

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

26. Наиболее частой локализацией рака слизистой полости рта является:

- а) язык
- б) дно полости рта
- в) слизистая мягкого неба
- г) слизистая мягкого неба
- д) слизистая альвеолярного отростка челюсти

27. Лучевая терапия в лечении рака слизистой полости рта может быть применена:

- а) как самостоятельный радикальный метод
- б) как паллиативный метод
- в) как этап комбинированного лечения
- г) правильные ответы б) и в)
- д) все ответы правильные

28. У больного, 55 лет, рак IIa стадии боковой поверхности языка в средней трети. Среди вариантов лучевой терапии наиболее предпочтительна:

- а) дистанционная гамма- терапия
- б) внутритканевая лучевая терапия
- в) сочетанная лучевая терапия
- г) правильные ответы б) и в)
- д) правильные ответы а) и б)

Ситуационная задача

Больная Е., 38 лет, поступила в клинику с жалобами на слабость, периодически проявляющуюся диареей и наличие увеличенных лимфоузлов в левой надключичной области, принятых врачом за туберкулезный лимфаденит. В анамнезе: мать умерла якобы от “зоба”, страдала гипертонической болезнью. При пальпации изменений в щитовидной железе не выявлено. При УЗИ в правой доле щитовидной железы определяется опухолевый узелок повышенной эхогенности величиной до 0,8 см в диаметре. В левом надпочечнике очаговые изменения.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?

2. Перечислите необходимые методы уточняющей диагностики?
3. Тактика лечения?

Тема №3: «Рак легкого»

Цель изучения

Изучить клинические особенности, способы диагностики и лечения больных основными формами рака легкого.

План изучения

1. Заболеваемость и смертность от рака легкого в России и других странах мира. Возрастно-половые особенности. Способствующие факторы. Влияние загрязнения атмосферного воздуха и курения на заболеваемость. Профилактика.
2. Патологоанатомическая характеристика. Макроскопические формы роста. Понятие о центральном и периферическом раке легкого. Морфологическая классификация.
3. Международная классификация по системе TNM и классификация по стадиям. Закономерности метастазирования.
4. Клиническая картина. Доклинический и клинический периоды. Симптомы рака легкого. Клинические варианты центрального и периферического рака легких. Дифференциальный диагноз. Особенности клинических проявлений мелкоклеточного рака легкого.
5. Диагностика. Сигналы тревоги. Оценка данных анамнеза и физического обследования. Роль морфологической диагностики рака легкого (цитологическая, гистологическая). Возможности рентгенологического исследования в диагностике рака легкого. Основные рентгенологические симптомы. Признаки ателектаза.
6. Система дообследования при подозрении на центральный и периферический рак. Рентгенодиагностика мелкоклеточного рака легкого. Роль томографии и бронхоскопии. Значение дополнительных методов диагностики рака легкого (компьютерная томография, бронхография, трансторакальная пункция и катетеризация бронхов).
7. Раннее выявление рака легкого. Роль флюорографии в ранней диагностике рака легкого. Организация скрининга. Группы повышенного риска.
8. Общие принципы лечения рака легкого. Показания к хирургическому, лучевому, химиотерапевтическому методам лечения. Выбор методов лечения в зависимости от локализации опухоли, стадии и гистологического строения. Комбинированное и комплексное лечение.
9. Типичные радикальные операции, реконструктивно - пластические операции на трахее и главных бронхах. Лучевая терапия и химиотерапия при мелкоклеточном раке легкого.
10. Результаты лечения больных раком легкого.

Практические навыки

1. Собрать тщательный анамнез и жалобы у больного с подозрением на рак легкого.
2. Провести физикальное обследование пациента с патологией органов грудной клетки и зон предполагаемого метастазирования (шеи, аксиллярной области, печени и др.)
3. Составить план уточняющей диагностики.
4. Уметь интерпретировать данные рентгенограмм с опухолевой патологией легких.
5. Проведение пункции периферических лимфатических узлов.
6. Усвоить методику забора мокроты на цитологическое исследование

Тестовые задания:

- 1. В структуре заболеваемости онкологических больных рак легкого у мужчин занимает:*
 - а) первое место
 - б) второе место
 - в) третье место
 - г) четвертое место
 - д) пятое место
- 2. Региональными при раке легкого являются все перечисленные группы лимфатических узлов, кроме:*
 - а) бронхопульмональных на стороне поражения
 - б) паратрахеальных
 - в) трахеобронхиальных
 - г) бифуркационных
 - д) забрюшинных
- 3. Проведение лучевой терапии рака легкого возможно при:*
 - а) явных клинических признаках рака
 - б) наличии рентгенологических признаков рака
 - в) наличии увеличенных лимфатических узлов в средостении
 - г) обнаружении атипических клеток в мокроте
 - д) гистологическом или цитологическом подтверждении диагноза рака
- 4. Раком легкого чаще болеют:*
 - а) мужчины
 - б) женщины
 - в) одинаково часто и мужчины, и женщины
- 5. Определяющая роль в увеличении заболеваемости населения раком легких принадлежит:*
 - а) генетическому фактору
 - б) профессиональным вредностям

- в) курению
- г) загрязнению атмосферы

6. К лицам, составляющим группу повышенного риска заболевания раком легкого, относятся:

- а) длительно и много курящие
- б) больные хроническим бронхитом
- в) имеющие контакт с асбестом, хромом, никелем (и их соединениями)
- г) все ответы верные
- д) правильные ответы а) и б)

7. К центральному раку легкого относятся опухоли, исходной локализацией которых являются бронхи:

- а) главные
- б) долевыe и сегментарные
- в) субсегментарные и V порядка
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

8. Рак сегментарного бронха менее 3 см. в диаметре без метастазов в регионарные лимфатические узлы относится:

- а) к I стадии
- б) к IIa стадии
- в) к IIб стадии
- г) к IIIa стадии
- д) к IIIб стадии

9. По мере роста опухоли скорость нарастания степени нарушения бронхиальной проходимости наиболее выражена:

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

10. Символу T3 в соответствии с международной классификацией системы TNM соответствует рак легкого любых размеров, врастающий:

- а) в диафрагму
- б) в грудную стенку
- в) в медиастинальную плевру
- г) в пищевод
- д) все ответы правильные, кроме г)

11. Рак легкого метастазирует:

- а) в печень

- б) в кости
- в) в головной мозг
- г) все ответы верные
- д) правильного ответа нет

12. К первичным или местным симптомам рака легкого могут быть отнесены все перечисленные, кроме:

- а) кашля
- б) кровохарканья
- в) болей в грудной клетке
- г) повышение температуры тела

13. Массовая флюорография органов грудной клетки с целью улучшения результатов лечения центрального рака легких:

- а) не может считаться высокоэффективной
- б) проявила себя как высокоэффективный метод
- в) не имеет преимуществ перед самостоятельным обращением пациентов к врачу
- г) не должна применяться в настоящее время

14. Наличие эндобронхиальной опухоли, полностью обтурирующей долевого или главного бронха, вызывает смещение средостения:

- а) в здоровую сторону
- б) в больную сторону
- в) смещения средостения не выявляется

15. Рентгеновский томографический метод исследования бронхов при подозрении на центральный рак легкого должен применяться:

- а) при наличии признаков гиповентиляции
- б) при наличии признаков клапанной эмфиземы
- в) при наличии ателектаза
- г) независимо от наличия или отсутствия признаков нарушения бронхиальной проходимости

16. Фибробронхоскопия позволяет:

- а) исследовать трахею и бронхи I, II, III, IV порядка
- б) осмотреть опухоль и определить её распространенность
- в) косвенно судить о состоянии лимфатических узлов корня легкого и средостения
- г) получить материал для морфологического (гистологического и цитологического) исследования
- д) все ответы верные

17. Способами (способом) получения материала для морфологического подтверждения диагноза при бронхоскопическом исследовании являются (являются):

- а) смыв и аспират из бронха
- б) мазки-отпечатки
- в) пунктат
- г) биопсия
- д) все перечисленные

18. Бронхография при раке легкого применяется в основном:

- а) для дифференциально-диагностических целей
- б) для попытки установления морфологической структуры опухоли
- в) для более точного определения распространенности опухолевого процесса
- г) все ответы правильные

19. При раке легкого рентгеновская компьютерная томография позволяет:

- а) определить размеры опухоли
- б) точно локализовать опухоль
- в) определить отношение к грудной стенке, позвоночнику и средостению
- г) получить информацию о размерах лимфатических узлов средостения и корней легких
- д) все ответы верные

20. Трансторакальную пункцию с целью морфологической верификации диагноза при периферическом раке легкого целесообразно выполнять:

- а) после обзорной рентгенографии органов грудной клетки
- б) после 5-кратного цитологического исследования мокроты
- в) при отрицательных результатах бронхологического исследования и цитологического анализа мокроты
- г) нет правильного ответа

21. Трансторакальная пункция новообразования в легком наиболее часто сопровождается осложнением в виде:

- а) пневмоторакса
- б) гемоторакса
- в) кровохарканья
- г) имплантационного метастазирования

22. Выполнение прескаленной биопсии при раке легкого наиболее целесообразно:

- а) у всех пациентов
- б) при увеличении лимфатических узлов корня и трахеобронхиальной группы
- в) при увеличении надключичных лимфатических узлов и отрицательных результатах пункционной биопсии

г) при увеличении надключичных лимфатических узлов

23. Применение современных методов обследования больных периферическим раком легкого позволяет морфологически верифицировать диагноз:

- а) не менее, чем у 80% больных
- б) не более, чем у 60% больных
- в) не более, чем у 40% больных
- г) менее, чем у 20% больных

24. Дифференциальный диагноз центрального рака легкого следует проводить:

- а) с хронической пневмонией и очаговым пневмосклерозом
- б) с туберкулезом
- в) с бронхоэктатической болезнью
- г) с доброкачественными опухолями легких
- д) все ответы верные

25. Наиболее эффективным методом лечения рака легкого является:

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

26. Хирургический метод лечения рака легкого необходимо применять у больных:

- а) у которых отсутствуют противопоказания к данному методу лечения
- б) которым противопоказано лучевое лечение
- в) имеющих противопоказания к химиотерапии
- г) имеющих осложненное течение рака легкого (обструктивная пневмония, распад опухоли, опухолевый плеврит)

27. Дифференциальный диагноз периферического рака легкого необходимо проводить:

- а) с доброкачественными опухолями легких
- б) с метастазами
- в) с эхинококковой кистой
- г) с туберкулезом
- д) все ответы верные

28. Основными видами хирургического вмешательства при раке легкого являются:

- а) лобэктомия (билобэктомия), пневмонэктомия
- б) сегментэктомия
- в) клиновидная или краевая резекция легкого
- г) правильные ответы а) и б)

д) все ответы верные

29. Противопоказанием к выполнению радикальной операции при раке легкого является метастатическое поражение лимфатических узлов:

- а) трахеобронхиальных
- б) надключичных
- в) глубоких шейных
- г) все ответы верные
- д) верные ответы б) и в)

30. Онкологическими противопоказаниями к операции по поводу рака легкого являются метастазы:

- а) в шейные лимфоузлы
- б) в надключичные лимфоузлы
- в) в отдаленные органы
- г) в плевру
- д) все ответы правильные

31. При высокодифференцированной аденокарциноме легкого II стадии методом выбора является:

- а) чисто хирургическое лечение
- б) химиотерапия
- в) лучевая терапия
- г) химиолучевое лечение

32. При мелкоклеточном раке легкого используются следующие методы лечения

- а) химиотерапия
- б) иммунотерапия
- в) гормонотерапия
- г) верные ответы а) и б)
- д) все ответы правильные

33. При плоскоклеточном раке легкого III б стадии методом выбора является:

- а) чисто хирургическое лечение
- б) комбинированное лечение (предоперационная или послеоперационная лучевая терапия + операция)
- в) лучевое лечение
- г) химиотерапия

Тема № 4: «Рак пищевода»

Цель изучения

Познакомится с методами диагностики и лечения больных раком пищевода.

План изучения

1. Общие сведения о раке пищевода (частота, заболеваемость, смертность, возрастные особенности, географическое распространение).
2. Анатомо-физиологические особенности строения пищевода.
3. Факторы, способствующие развитию рака пищевода. Предраковые заболевания
4. Биологические особенности рака пищевода. Макроскопические формы роста, гистологическое строение. Особенности метастазирования. Частота поражения раком различных отделов пищевода.
5. Классификация по стадиям и международная классификация по системе TNM.
6. Клиническая картина. Патогенез клинических симптомов. "Сигналы тревоги". Зависимость клинической картины от анатомического роста опухоли, уровня поражения пищевода, степени распространения и осложнений.
7. Диагностика рака пищевода. Роль эндоскопического и рентгенологического методов исследования. Дифференциальная диагностика.
8. Лечение. Радикальные и паллиативные методы. Принципы хирургического лечения рака пищевода. Роль отечественных ученых в хирургии рака пищевода.
9. Непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Практические навыки

1. Собрать анамнез у больного с подозрением на рак пищевода.
2. Выбрать рациональную схему обследования пациента с симптомами дисфагии.
3. Интерпретировать данные лабораторного, рентгенологического и эндоскопического исследования при заболеваниях пищевода.

Тестовые задания:

1. Длина пищевода у взрослого человека в среднем равна:

- а) 20 см.
- б) 25 см.
- в) 30 см.
- г) 35 см.

2. Слизистая оболочка пищевода покрыта эпителием:

- а) плоскоклеточным неороговевающим
- б) плоскоклеточным ороговевающим
- в) железистым
- г) круглоклеточным

3. Стенка пищевода не имеет слоя:

- а) слизистого
- б) подслизистого
- в) мышечного
- г) серозного
- д) адвентициального

4. Заболеваемость раком пищевода в России в последние годы:

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

5. Рак пищевода чаще встречается в возрасте:

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

6. Заболеваемость раком пищевода выше у

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

7. Увеличение заболеваемости раком пищевода отмечено среди коренного населения:

- а) высокогорий
- б) пустынь
- в) по побережью Северного Ледовитого океана
- г) все ответы верные

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

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

9. Факультативным предраковым заболеванием пищевода является:

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

10. Какое из перечисленных заболеваний является предраком пищевода:

- а) ахалазия пищевода
- б) грыжа пищеводного отверстия диафрагмы
- в) пищевод Баррета
- г) стриктура пищевода

11. В каком отрезке пищевода рак развивается наиболее часто

- а) шейном отделе
- б) верхней трети грудного отдела
- в) средней трети грудного отдела
- г) нижней трети грудного отдела

12. Преобладающей гистологической формой рака пищевода является:

- а) аденокарцинома
- б) плоскоклеточный рак
- в) базально-клеточный рак
- г) мелкоклеточный рак

13. Наиболее часто железистый рак пищевода развивается на фоне:

- а) рубцовой стриктуры
- б) синдрома Пламмера–Винсона
- в) пищевода Баррета
- г) ахалазии кардии

14. Укажите две наиболее характерные локализации отдаленных метастазов при раке пищевода:

- а) легкие
- б) головной мозг
- в) печень
- г) кости

15. Наиболее частым симптомом рака пищевода является:

- а) жжение, царапание за грудиной
- б) боль при прохождении пищевого комка
- в) дисфагия
- г) похудание
- д) повышенное слюноотделение

16. Термином “дисфагия” называют

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

17. Какое из распространенных заболеваний пищевода чаще всего является причиной дисфагии:

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

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

- а) эзофагоманометрия
- б) цитологическое исследование промывных вод из пищевода
- в) рентгенологическое исследование пищевода и желудка
- г) эзофагоскопия с биопсией

19. Какой рентгенологический симптом характерен для экзофитного рака пищевода:

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

20. Какой рентгенологический признак характерен для эндофитного рака пищевода:

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

21. При производстве хромоэзофагоскопии не используется краситель:

- а) эозин
- б) индигокармин
- в) раствор Люголя
- г) метиленовый синий

22. У больного К., 65 лет, в течение 2-х месяцев дисфагия, похудел. 3 дня назад появились боли за грудиной и кашель при приеме жидкости, цианоз. Предполагаемый диагноз:

- а) кардиоспазм
- б) дивертикул пищевода
- в) стенокардия
- г) полип пищевода
- д) рак пищевода с образованием пищеводно-трахеального свища

23. Хирургический метод лечения применяется в основном при лечении рака:

- а) шейного отдела пищевода
- б) верхнегрудного отдела пищевода
- в) нижнегрудного отдела пищевода
- г) абдоминального отдела пищевода
- д) правильные ответы в) и г)

24. Лучевое лечение в качестве самостоятельного метода рекомендуется чаще при раке пищевода:

- а) шейного отдела
- б) верхнегрудного отдела
- в) нижнегрудного отдела
- г) абдоминального отдела
- д) шейного и верхнегрудного отдела

25. К хирургическим вмешательствам по поводу рака пищевода с одномоментной пластикой перемещенным желудком относятся все перечисленные методы, кроме:

- а) операции Жиано–Гальперина–Гаврилиу
- б) операция Осава–Герлока
- в) операция типа Льюиса
- г) операция Кишнера–Накаямы

26. При операции Кишнера–Накаямы мобилизованный желудок размещается:

- а) под кожей впереди грудины
- б) за грудиной в переднем средостении
- в) в заднем средостении
- г) нет правильного ответа

27. С целью эзофагопластики после операции Добромыслова–Торека применяют в настоящее время:

- а) пластику тонкой кишкой
- б) пластику толстой кишкой
- в) пластику желудком
- г) пластику анти- и изоперистальтическим стеблем из большой кривизны желудка
- д) все ответы верные

28. Наиболее распространенной паллиативной операцией, применяемой при раке пищевода, является

- а) операция Добромыслова–Торека
- б) гастростомия
- в) реканализация опухоли
- г) обходные анастомозы

29. У мужчины 52 лет с дисфагией диагностирован плоскоклеточный рак пищевода, осложненный пищеводно-медиастинальным свищем. Опухоль протяженностью 7 см. локализуется в $\frac{2}{3}$ органа. Какое лечение показано?

- а) химиотерапия
- б) лучевая терапия
- в) гастростомия
- г) интубация пищевода

Ситуационная задача

У больного 49 лет диагностирована злокачественная опухоль пищевода на уровне нижнего края дуги аорты. Наличие отдаленных метастазов не установлено. Продолжительность дисфагии 3 мес. Больной значительно истощен, ослаблен, анемизирован.

1. Какая тактика лечения должна быть предпринята?

Тема № 5. «Рак желудка»

Цель изучения

Познакомится с методами диагностики и лечения больных раком желудка.

План изучения

1. Общие сведения о раке желудка (частота, заболеваемость, смертность, распределение по полу и возрасту, географическое распространение).
2. Анатомия и физиология желудка
3. Этиология и патогенез. Способствующие факторы. Значение экзогенных и эндогенных канцерогенов. Роль нитрозаминов. Предраковые заболевания желудка. Группы риска. Значение патогенной микрофлоры.
4. Частота и признаки злокачественного перерождения предраковых заболеваний. Показания и виды оперативных вмешательств при этих заболеваниях желудка. Профилактика рака желудка. Значение диспансерного наблюдения за больными предраковыми заболеваниями желудка.
5. Биологические особенности рака желудка. Понятие о раннем раке желудка. Макроскопические формы раннего рака. Локализация опухоли в желудке. Формы роста, гистологическое строение. Дисплазия и рак желудка. Диффузный и интестинальный типы опухоли. Особенности метастазирования.
6. Классификация по стадиям и международная классификация по системе TNM.
7. Клиническая картина. Симптомы. Синдром “малых признаков”. Клинические формы рака желудка. Зависимость клинической картины от периода развития опухоли, локализации поражения, степени распространения, формы роста и осложнений.
8. Диагностика рака желудка. Особенности сбора анамнеза. “Сигналы тревоги”. Роль комплексного эндоскопического и рентгенологического мето-

дов исследования. Основные рентгенологические симптомы. Система раннего выявления.

9. Дифференциальная диагностика при синдромах желудочного дискомфорта, дисфагии и стеноза привратника. Особенности клиники рака на фоне хронических заболеваний желудка.

10. Осложнения рака желудка.

11. Лечение. Радикальные и паллиативные операции. Показания к гастрэктомии и субтотальной резекции. Паллиативные операции, показания и техника. Роль лучевой терапии и химиотерапии в комбинированном и комплексном лечении рака желудка.

12. Непосредственные и отдаленные результаты лечения. Реабилитация и медико-социальная экспертиза больных, радикально пролеченных по поводу рака желудка.

Практические навыки

1. Уметь собрать анамнез у больного раком желудка.
2. Провести физикальное обследование желудка и зон возможного метастазирования.
3. Наметить план специального обследования пациента с подозрением на рак желудка.
4. Провести дифференциальный диагноз при основных синдромах рака желудка.
5. Интерпретировать данные лабораторного, рентгенологического и эндоскопического исследования при патологии желудка.

Тестовые задания:

1. В России среди злокачественных опухолей рак желудка занимает место:

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

2. Заболеваемость раком желудка:

- а) растет
- б) стабилизировалась
- в) снижается
- г) растет у мужчин, у женщин снижается

3. Рак желудка наиболее часто развивается в возрасте:

- а) до 20 лет
- б) от 21 года до 50 лет
- в) от 51 года до 70 лет
- г) старше 70 лет
- д) одинаково во всех возрастных группах

4. *Уровень заболеваемости раком желудка у мужчин:*

- а) выше, чем у женщин в 5 раз
- б) выше, чем у женщин в 2 раза
- в) ниже, чем у женщин
- г) одинаков у мужчин и женщин

5. *Для возникновения рака желудка не имеет значения:*

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

6. *Характер питания играет решающую роль в возникновении:*

- а) диффузного рака желудка
- б) интестинального рака желудка
- в) любых форм рака желудка
- г) в возникновении рака желудка роли не играет

7. *Какое из перечисленных заболеваний не является предраком желудка:*

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

8. *Предраковое заболевание желудка с резким утолщением складок слизистой оболочки и усиленным образованием слизи:*

- а) болезнь Менетрие
- б) болезнь Ходжкина
- в) болезнь Педжета
- г) эритроплакия Кейра

9. *Предраковые состояния слизистой оболочки желудка при гистологическом исследовании характеризуются:*

- а) наличием атипичных клеток
- б) степенью дисплазии клеток
- в) наличием хронического атрофического гастрита
- г) наличием кишечной метаплазии очагового типа

10. *Чаще малигнизируются язвы:*

- а) выходного отдела желудка
- б) малой кривизны желудка
- в) большой кривизны желудка

- г) тела желудка
- д) кардиального отдела желудка

11. При малигнизации язвы желудка опухолевые клетки чаще обнаруживаются:

- а) в дне язвы
- б) в крае язвы
- в) в дне и краях язвы с одинаковой частотой
- д) правильного ответа нет

12. При наличии малигнизированного полипа желудка больному показана:

- а) эндоскопическая полипэктомия
- б) хирургическое иссечение полипа
- в) клиновидная резекция желудка
- г) субтотальная резекция желудка с соблюдением всех онкологических принципов

13. Больному выполнена резекция желудка по поводу язвенной болезни. Нуждается ли он в диспансерном наблюдении в связи с возможным риском возникновения рака:

- а) не нуждается
- б) нуждается в течение первых 5 лет после операции
- в) нуждается в течение первых 10 лет после операции
- г) нуждается по прошествии 10 лет после операции

14. Ранним раком желудка называют:

- а) опухоль размером менее 3 см.
- б) опухоль менее 1 см.
- в) рак “in situ”
- г) любых размеров рак, поражающий только слизистую и подслизистый слой

15. Для рака желудка характерно метастазирование:

- а) лимфогенное
- б) гематогенное
- в) имплантационное
- г) все ответы правильные

16. Рак желудка чаще всего метастазирует в:

- а) легкие
- б) печень
- в) надключичные лимфоузлы
- г) кости

17. Метастаз Крукенберга следует расценивать:

- а) как гематогенный

- б) как имплантационный
- в) как ортоградный лимфогенный
- г) как ретроградный лимфогенный
- д) правильные ответы б) и г)

18. Метастаз сестры Жозеф локализуется

- а) в прямокишечно-пузырной складке
- б) в пупке
- в) в яичниках
- г) между ножками кивательной мышцы

19. Больной выполнена овариоэктомия по поводу опухоли яичника. Гистологическое заключение указывает на метастатический характер опухоли железистого строения. Наиболее часто метастазируют в яичники:

- а) рак желудка
- б) рак поджелудочной железы
- в) рак молочной железы
- г) рак легкого
- д) правильные ответы а) и в)

20. Ранний рак желудка клинически чаще проявляется:

- а) снижением аппетита
- б) тошнотой и рвотой
- в) периодически возникающей нерезкой болью
- г) “синдромом малых признаков” рака

21. Какой из перечисленных симптомов никогда не встречается в отделе желудка, где чаще всего возникает раковая опухоль:

- а) боль
- б) рвота
- в) дисфагия
- г) слабость, похудание

22. Какими симптомами может проявиться рак дна желудка без перехода на пищевод:

- а) чувство переполнения желудка
- б) боль в области сердца, напоминающая стенокардию
- в) рвота, съеденной накануне пищей
- г) анемия
- д) правильно б) и г)

23. Наиболее раннее распознавание рака желудка обеспечивает:

- а) гастроскопия
- б) наличие синдрома “малых признаков”
- в) УЗИ органов брюшной полости

г) рентгенография желудка

24. Чтобы обнаружить метастаз Шницлера необходимо исследование

- а) надключичных лимфатических узлов
- б) рентгеноскопия грудной клетки
- в) бимануальное влагалищное исследование
- г) пальцевое исследование прямой кишки

25. Абсолютным признаком неоперабельности рака желудка является:

- а) множественные метастазы в печень
- б) метастазы в селезенку
- в) наличие пальпируемой опухоли больших размеров
- г) все перечисленное

26. Какая операция не является радикальной при раке желудка:

- а) гастрэктомия
- б) резекция $\frac{3}{4}$ желудка
- в) дистальная субтотальная резекция
- г) проксимальная субтотальная резекция

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

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

28. Гастрэктомия показана при:

- а) инфильтративных формах рака
- б) больших экзофитных опухолях, расположенных по обе стороны от угла желудка
- в) при экзофитном раке кардиального отдела желудка
- г) правильно а) и б)

29. Паллиативную резекцию при запущенной форме рака желудка выполняют:

- а) при декомпенсированном стенозе выходного отдела желудка
- б) при желудочном кровотечении
- в) при относительно удовлетворительном состоянии больного
- г) при отсутствии технических трудностей операции
- д) при всех перечисленных ситуациях

30. Паллиативной операцией при раке кардиального отдела желудка является:

- а) гастростомия

- б) пилоропластика
- в) гастроэнтероанастомоз
- г) дистальная резекция желудка

31. Предоперационная лучевая терапия интенсивным курсом при раке желудка преследует цель:

- а) повышение резектабельности
- б) уменьшение размеров опухоли
- в) девитализацию клеток опухоли
- г) снижение вероятности рецидива и метастазов
- д) правильно в) и г)

32. У больного распространенный рак желудка с множественными метастазами в печень, асцит. Ему показана:

- а) химиотерапия
- б) иммунотерапия
- в) лучевая терапия
- г) симптоматическое лечение

33. Монохимиотерапия при раке желудка эффективна не более чем:

- а) в 5–10% случаев
- б) в 20–25% случаев
- в) в 35–40% случаев
- г) в 55–60% случаев

34. Какой химиопрепарат наиболее широко используется при неоперабельном раке желудка?

- а) циклофосфан
- б) сарколизин
- в) тиофосфамид
- г) 5-фторурацил

Ситуационная задача

Во время лапаротомии, выполняемой у больного крепкого телосложения в возрасте 50 лет с диагнозом “рак выходного отдела желудка”, обнаружено прорастание опухоли в левую долю печени на глубину 2–3 см. на протяжении 5 см. Обнаружены увеличенные лимфатические узлы в большом и малом сальнике.

1. Какое Вы примите решение?

Тема № 6: «Рак печени»

Цель изучения

Изучить клинические особенности, методы диагностики и лечения больных злокачественными опухолями печени.

План изучения

1. Первичный и метастатический рак печени. Статистика и эпидемиология первичного рака печени.
2. Этиопатогенез рака печени. Значение цирроза печени как предопухолевого заболевания. Увеличение частоты развития цирроза печени при хроническом алкоголизме как фактор риска развития первичного рака печени. Значение вирусов гепатита В и С. Роль афлотоксинов, гормональных препаратов, паразитарных заболеваний и других гепатотоксинов в возникновении первичного рака печени.
3. Морфологические формы и влияние их на характер метастазирования. Частота метастатического поражения печени при опухолях различных локализаций. Международная классификация рака печени.
4. Периоды клинического течения рака печени. Клинические синдромы течения. Клинические формы первичного рака печени. Осложнения.
5. Диагностика первичного рака печени. Роль биохимических методов исследования, реакции Абелева–Татаринова, ультразвукового исследования, лапароскопии, радиоизотопного сканирования, компьютерной томографии, пункции печени. Морфологическая верификация диагноза рака печени.
6. Лечение рака печени. Показания и противопоказания к хирургическому лечению первичного рака печени. Криодеструкция. Возможности химиотерапевтического лечения.
7. Результаты лечения при первичном и метастатическом раке печени. Врачебно-трудовая экспертиза и медицинская реабилитация больных.

Практические навыки

1. Уметь собрать анамнез и провести физикальное обследование больного с подозрением на рак печени.
2. Выбрать рациональную тактику обследования больного.

Тестовые задания:

1. К странам с высоким уровнем заболеваемости первичным раком печени относятся:
 - а) Замбия, Сингапур, Швейцария
 - б) Польша, Испания, Венгрия
 - в) Великобритания, Югославия, Канада
 - г) Швеция, Норвегия, Дания
2. На фоне описторхоза чаще развивается:
 - а) холангиоцеллюлярный рак печени
 - б) гепатоцеллюлярный рак печени
 - в) обе формы первичного рака печени встречаются с одинаковой частотой
 - г) описторхоз не оказывает влияния на развитие первичного рака печени
3. Положительная реакция на альфа-фетопротейн чаще бывает:

- а) при первичном раке печени
- б) при метастатическом раке печени
- в) при доброкачественных опухолях печени
- г) правильные ответы а) и б)
- д) положительная реакция на α -фетопротеин не характерна для опухолевого поражения печени

4. Гепатоцеллюлярный рак печени чаще развивается на фоне:

- а) цирроза печени
- б) описторхоза
- в) и в том, и в другом случае
- г) ни в том, ни в другом случае

5. Первичный рак печени метастазирует:

- а) гематогенно
- б) лимфогенно
- в) внутриоргано
- г) всеми перечисленными путями

6. Из перечисленных симптомов при первичном раке печени наиболее часто встречается:

- а) бледность кожных покровов
- б) желтушность кожных покровов
- в) симптомы портальной гипертензии
- г) гепатомегалия
- д) симптом Курвуазье

7. Наиболее достоверными методами, позволяющими диагностировать опухолевое поражение печени, являются:

- а) ультразвуковое исследование
- б) рентгеновская компьютерная томография
- в) ангиография
- г) лапароскопия
- д) все перечисленные методы обладают одинаковой информативностью

8. Для первичного рака печени из биохимических тестов наиболее характерным является повышение активности:

- а) щелочной фосфатазы
- б) аланиновой и аспарагиновой трансаминаз
- в) лактатдегидрогеназы
- г) γ -глутаминтранспептидазы
- д) всех перечисленных ферментов

9. Диагностика опухолевых поражений печени должна основываться на данных

- а) рентгенологических исследований:
- б) ультразвукового исследования
- в) радиоизотопного исследования
- г) иммунологического исследования
- д) комплекса перечисленных методов

10. Наиболее эффективным методом лечения первичного рака печени является:

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

11. Низкие цифры резектабельности и операбельности при первичных злокачественных опухолях печени обуславливаются:

- а) сложностями своевременной диагностики заболевания
- б) высоким процентом интра- и послеоперационных осложнений
- в) высокой послеоперационной летальностью
- г) минимальным опытом большинства хирургов и онкологов
- д) всем перечисленными факторами

12. При проведении химиотерапевтического лечения по поводу первичного рака печени целесообразно отдавать предпочтение:

- а) системной химиотерапии
- б) регионарной химиотерапии
- в) химиоэмболизации печеночной артерии
- г) всем перечисленным методам

13. Попытка выполнения радикальной операции при первичном раке печени нецелесообразна в случае:

- а) поражения обеих долей печени
- б) первичного рака печени, протекающего на фоне цирроза печени в стадии декомпенсации
- в) наличия печеночной недостаточности
- г) наличия желтухи
- д) во всех перечисленных ситуациях

14. В диагностике гепатоцеллюлярного рака наибольшее значение имеет реакция:

- а) Таката–Ара
- б) сулемовая
- в) определение уровня трансаминаз
- г) Кацони
- д) Абелева–Татарина

15. Симптом Курвуазье не возникает:

- а) при стенозе общего желчного протока
- б) при раке печеночного протока
- в) при холедохолитиазе
- г) при раке фатерова соска
- д) при раке головки поджелудочной железы

Тема № 7: «Рак поджелудочной железы»

Цель изучения

Изучить клинические особенности, методы диагностики и лечения больных злокачественными опухолями поджелудочной железы.

План изучения

1. Заболеваемость и смертность. Способствующие факторы. Меры профилактики.
2. Патоморфология: локализация, макроскопические формы, гистологическое строение, особенности метастазирования.
3. Симптомы рака поджелудочной железы. Клиническая картина в зависимости от локализации опухоли.
4. Диагностика. Клинический минимум обследования. “Сигналы тревоги”. Значение анамнеза, объективного и лабораторных исследований. Дифференциальный диагноз желтухи на почве опухоли головки поджелудочной железы.
5. Современные методы обследования: УЗИ, компьютерная томография, релаксационная дуоденография, ретроградная эндоскопическая холангиопанкреатография.
6. Принципы хирургического лечения. Результаты. Паллиативные операции. Показания к лучевому и химиотерапевтическому методам лечения.

Практические навыки

1. Составить план обследования пациента с желтухой для исключения рака головки поджелудочной железы.
2. Установить наличие положительного симптома Курвуазье.
3. Уметь убедиться в клинических проявлениях опорных симптомов: дисфункции поджелудочной железы и желчных протоков при раке головки и тела поджелудочной железы, интоксикации, паранеоплазии.
4. По данным клиники и лабораторных исследований распознать механическую желтуху.

Тестовые задания:

1. В настоящее время тенденция заболеваемости раком поджелудочной железы:

- а) повышается

- б) снижается
- в) стабильна

2. Из перечисленных факторов могут способствовать развитию рака поджелудочной железы:

- а) питание с избыточным потреблением мяса и жиров
- б) интенсивное курение и постоянное употребление алкоголя
- в) хронические воспалительные заболевания поджелудочной железы
- г) влияние профессиональных вредностей
- д) все ответы правильные

3. Из органов билиопанкреатодуоденальной зоны наиболее часто поражается раком:

- а) большой дуоденальный сосочек
- б) 12-перстная кишка
- в) желчный пузырь
- г) поджелудочная железа
- д) внепеченочные желчные протоки

4. Наиболее часто поражается раком:

- а) головка поджелудочной железы
- б) тело поджелудочной железы
- в) хвост поджелудочной железы
- г) тотальное поражение

5. Наиболее характерными жалобами больных раком билиопанкреатодуоденальной зоны в первом периоде болезни являются:

- а) боли в эпигастрии и спине, жажда, повышенный аппетит
- б) тошнота, рвота, появление желтухи
- в) боли в эпигастрии и спине, потеря массы тела
- г) частая рвота, анорексия, поносы

6. Наиболее ранним специфическим синдромом у больных раком билиопанкреатодуоденальной области является:

- а) боль в эпигастрии и спине
- б) потеря веса
- в) механическая желтуха
- г) асцит
- д) частая рвота

7. Появление механической желтухи опухолевого генеза чаще всего сопровождается:

- а) появлением резких болей в эпигастрии, асцитом, рвотой
- б) увеличением печени, кожным зудом, асцитом
- в) увеличением желчного пузыря, кожным зудом, увеличением печени

г) тошнотой, рвотой, увеличением желчного пузыря

8. При раке поджелудочной железы и большого дуоденального сосочка из лабораторных тестов наиболее информативен:

- а) клинический анализ крови
- б) раково-эмбриональный антиген
- в) карбогидратный антиген
- г) биохимические показатели (АЛТ, АСТ, холестерин и др.)

9. При раке билиопанкреатодуоденальной области наибольшей информативностью из методов инструментальной диагностики обладает:

- а) ультразвуковая томография
- б) компьютерная томография
- в) рентгеноконтрастные методы исследования выделительной системы поджелудочной железы и желчной системы
- г) ангиография

10. При подозрении на опухоль билиопанкреатодуоденальной области инструментальное обследование больного желательно начинать:

- а) с компьютерной томографии
- б) с ангиографии
- в) с дуоденоскопии и РХПГ
- г) с ультразвуковой томографии

11. Окончательно подтвердить диагноз рака поджелудочной железы возможно с помощью

- а) чрескожной чреспеченочной холангиографии
- б) ангиографии
- в) компьютерной томографии
- г) пункционной биопсии и цитологического исследования

12. Для больных с механической желтухой важным не только диагностическим, но и лечебным, является метод:

- а) ретроградной холангиопанкреатографии
- б) чрескожной чреспеченочной холангиографии
- в) лапароскопии
- г) внутривенной холангиографии

13. Основным методом лечения рака билиопанкреатодуоденальной зоны является

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

14. Наиболее широко распространенной радикальной операцией при раке органов билиопанкреатодуоденальной зоны является

- а) экстирпация 12-перстной кишки
- б) расширенная резекция большого дуоденального соска
- в) гастропанкреатодуоденальная резекция
- г) гастрэктомия

15. При гастропанкреатодуоденальной резекции удаляется:

- а) желчный пузырь, поджелудочная железа, 12-перстная кишка
- б) дистальная часть желудка, желчный пузырь, часть поджелудочной железы
- в) дистальная часть желудка, поджелудочная железа до перешейка, вся 12-перстная кишка, дистальная часть холедоха
- г) дистальная часть холедоха, дистальная часть желудка, часть поджелудочной железы до перешейка

16. При раке поджелудочной железы наиболее часто используется следующая комбинация химиопрепаратов:

- а) CMF (циклофосфан, метотрексат, 5-фторурацил)
- б) FAM (5-фторурацил, адриамицин, митомицин С)
- в) имм, дактиномицин, винкристин
- г) блеомицин, винбластин

17. Показаниями к лучевой терапии рака поджелудочной железы являются:

- а) местнораспространенный рак
- б) рецидив после радикальной операции
- в) паллиативная резекция железы
- г) все ответы правильные
- д) правильные ответы а) и б)

Ситуационная задача

Больной 56 лет поступил в клинику с жалобами на нестерпимый зуд кожи, ноющие боли в правом подреберье и эпигастральной области, слабость, упадок сил, отсутствие аппетита, наличие желтухи, которая появилась 1,5 мес. назад и постепенно нарастает. Приступов сильных болей никогда не отмечал.

При осмотре: склера и кожа больного оливкового цвета, тургор кожи резко снижен, на ней множество расчесов. Живот мягкий. Печень увеличена.

В правом подреберье пальпируется слегка болезненное образование тугоэластической консистенции, овоидной формы. Стул ахоличен. Уробилин в моче отсутствует. При рентгенологическом исследовании желудочно-кишечного тракта подкова двенадцатиперстной кишки несколько развернута.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы поставите?
2. Чем можно помочь больному?

Тема №8: «Рак ободочной кишки»

Цель изучения

Изучить особенности течения, клиники, диагностики и лечения рака ободочной кишки.

План изучения

1. Анатомо-физиологические особенности правой и левой половин ободочной кишки.
2. Предраковые заболевания ободочной кишки. Полипы и полипоз толстой кишки. Способствующие факторы. Частота малигнизации полипов толстой кишки. Роль своевременного лечения полипов.
3. Статистика и эпидемиология рака ободочной кишки. Анатомические формы роста.
4. Классификация по стадиям и системе TNM. Особенности лимфооттока толстой кишки. Закономерности метастазирования .
5. Клиническая картина. Клинические формы рака ободочной кишки. Основные клинические синдромы при раке ободочной кишки. Осложненные формы.
6. Диагностика рака толстой кишки. Рентгенологические и инструментальные методы исследования. Роль морфологической верификации диагноза.
7. Выбор метода лечения в зависимости от локализации опухоли, биологических особенностей опухолевого роста. Показания и противопоказания к хирургическому методу лечения. Операбельность и резектабельность рака ободочной кишки. Предоперационная подготовка к операциям на ободочной кишке.
8. Оперативное лечение осложненных форм рака ободочной кишки (непроходимость, перфорация и др.). Расширенные и комбинированные операции. Паллиативные операции.
9. Комбинированное и комплексное лечение. Показания к предоперационной, послеоперационной лучевой терапии. Возможности лучевых методов в лечении больных с неоперабельными формами рака ободочной и прямой кишки. Показания к лекарственному лечению.
10. Прогноз. Реабилитация больных раком толстой кишки. Медико-социальная экспертиза.

Тестовые задания:

1. Рак ободочной кишки наиболее часто локализуется:

- а) в слепой кишке
- б) в восходящем отделе
- в) поперечно-ободочной кишке
- г) в нисходящем отделе

д) в сигмовидной кишке

2. На уровне заболеваемости раком толстого кишечника оказывает влияние:

- а) уровень экономического развития
- б) особенности питания
- в) наличие доброкачественных опухолей кишечника
- г) наличие рака толстого кишечника в анамнезе
- д) все перечисленное

3. К группам повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить, лиц, страдающих:

- а) неспецифическим язвенным колитом
- б) гранулематозным колитом (болезнь Крона)
- в) полипами кишечника
- г) семейным диффузным полипозом
- д) всем перечисленным

4. К особенностям рака толстого кишечника, развивающегося на фоне семейного диффузного полипоза, относится:

- а) как правило, развивается в молодом возрасте
- б) как правило, развивается в пожилом возрасте
- в) нередко развивается мультицентрически
- г) правильные ответы а) и в)
- д) правильные ответы б) и в)

5. Риск развития рака толстого кишечника при неспецифическом язвенном колите возрастает:

- а) при тотальном поражении толстого кишечника
- б) при развитии колита в молодом возрасте
- в) при длительности заболевания свыше 10 лет
- г) при хроническом непрерывном течении заболевания
- д) при всех перечисленных обстоятельствах

6. К облигатному предраку толстого кишечника следует относить

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

7. Обследование больного, обратившегося к врачу с жалобами на нарушение функций кишечника, следует начинать:

- а) с рентгенологического исследования толстого кишечника (ирригоскопия)
- б) с фиброколоноскопии

- в) с ректороманоскопии
- г) с ректального пальцевого исследования
- д) с ультразвукового исследования

8. Первично-множественный рак толстого кишечника (синхронный или метастатический) встречается:

- а) очень часто
- б) нередко
- в) очень редко
- г) никогда не встречается

9. К методу скрининга рака толстого кишечника в настоящее время можно отнести регулярно проводимые:

- а) исследования кала на скрытую кровь, в том числе гемокульттест и криптогем (1 раз в год)
- б) пальцевое исследование прямой кишки (1 раз в год)
- в) ректороманоскопию (1 раз в 3-5 лет)
- г) все перечисленное

10. По морфологическому строению преобладающей формой рака толстого кишечника является:

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

11. Наиболее часто малигнизуются в толстой кишке полипы:

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

12. Основным путем метастазирования рака толстого кишечника является:

- а) лимфогенный
- б) гематогенный
- в) имплантационный
- г) все перечисленные варианты метастазирования встречаются примерно с одинаковой частотой

13. Излюбленной локализацией гематогенных метастазов рака толстой кишки являются:

- а) легкие
- б) кости
- в) печень
- г) надпочечники
- д) селезенка

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

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

15. Из перечисленных методик рентгенологического исследования толстой кишки в настоящее время наиболее информативной считается:

- а) стандартная ирригоскопия
- б) метод двойного контрастирования толстой кишки
- в) прием бариевой взвеси per os с последующим рентгенологическим контролем за пассажем контраста по толстой кишке
- г) все перечисленные методики обладают примерно одинаковой информативностью

16. Среди опухолей желудочно-кишечного тракта рак толстой кишки встречается:

- а) в 0,5-1%
- б) в 2-4%
- в) в 5-8%
- г) в 9-13%
- д) в 14-18%

17. Заболеваемость раком толстого кишечника за последние годы имеет тенденцию:

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

18. Предоперационная подготовка при раке толстого кишечника должна включать:

- а) тщательную механическую очистку толстого кишечника
- б) лечение сопутствующих заболеваний
- в) коррекцию белкового, углеводного и минерального обмена
- г) все перечисленное

19. При раке толстого кишечника наибольшее распространение опухолевых элементов по длиннику кишечной стенки, как правило, выявляется:

- а) в проксимальном направлении от опухоли
- б) в дистальном направлении
- г) в обоих направлениях

20. Обтурационная форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли:

- а) в правых отделах ободочной кишки
- б) в поперечно-ободочной кишке
- в) в нисходящей кишке
- г) в сигмовидной кишке
- д) правильные ответы в) и г)

Тема № 9: «Рак прямой кишки»

Цель изучения

Изучить особенности течения, клиники, диагностики и лечения рака прямой кишки.

План изучения

1. Анатомо-физиологические особенности прямой кишки. Особенности лимфооттока.
2. Предраковые заболевания прямой кишки. Способствующие факторы. Частота малигнизации полипов прямой кишки. Роль своевременного лечения. Лечебная тактика.
3. Заболеваемость раком прямой кишки. Анатомические формы роста рака прямой кишки и их влияние на местное распространение процесса и метастазирование. Морфологические формы.
4. Классификация по стадиям и системе TNM. Закономерности метастазирования.
5. Клиническая картина. Клиника рака прямой кишки в зависимости от локализации опухоли, анатомической формы, роста и распространенности процесса.
6. Диагностика рака прямой кишки. Роль пальцевого исследования прямой кишки. Рентгенологические и инструментальные методы исследования. Роль морфологической верификации диагноза. Дооперационная диагностика метастатического поражения печени и забрюшинных лимфатических узлов.
7. Выбор метода лечения в зависимости от локализации опухоли, биологических особенностей опухолевого роста. Показания и противопоказания к хирургическому методу лечения. Классификация оперативных вмешательств и показания к ним.

8. Расширенные и комбинированные операции. Предоперационная подготовка больных к операциям на прямой кишке. Особенности послеоперационного ведения. Методика ведения промежностной раны. Паллиативные операции при раке прямой кишки. Показания к ним, осложнения.

9. Комбинированное и комплексное лечение. Показания к предоперационной, послеоперационной лучевой терапии. Возможности лучевых методов в лечении больных с неоперабельными формами рака прямой кишки. Показания к лекарственному лечению.

10. Прогноз. Реабилитация больных раком прямой кишки. Медико-социальная экспертиза.

Практические навыки

1. Уметь собрать анамнез у больных раком ободочной и прямой кишки.
2. Пропальпировать ободочную кишку. Произвести пальцевое обследование прямой кишки.
3. Составить план обследования больного с подозрением на рак толстой кишки.
4. Уметь интерпретировать данные ирригоскопии, гистологических заключений.

Тестовые задания:

1. При локализации опухоли в прямой кишке пальцевое ректальное исследование позволяет:

- а) оценить размеры опухоли
- б) выявить степень фиксации опухоли
- в) выявить вовлечение в процесс окружающих тканей
- г) оценить проходимость прямой кишки
- д) все перечисленное

2. На выбор вида радикальной операции при раке прямой кишки оказывает влияние:

- а) локализация опухоли в прямой кишке
- б) степень распространенности опухолевого процесса
- в) наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфоузлах
- г) наличие осложнений заболевания
- д) все перечисленное

3. Из перечисленных операций к сфинктеросохраняющим не относится:

- а) чрезбрюшинная резекция прямой кишки
- б) брюшно-анальная резекция прямой кишки
- в) брюшно-промежностная экстирпация прямой кишки
- г) все перечисленные операции следует относить к сфинктеросохраняющим

4. Операции Гартмана при раке верхнеампулярного отдела прямой кишки и раке ректосигмоидного изгиба целесообразно отдавать предпочтение в случаях:

- а) наличия обтурационной кишечной непроходимости
- б) наличия воспалительных изменений стенки кишечника
- в) у лиц пожилого возраста с тяжелой сопутствующей патологией в стадии декомпенсации
- г) во всех перечисленных ситуациях
- д) правильные ответы а) и б)

Ситуационная задача

Больной 72 лет, обратился с жалобами на неприятные ощущения в области прямой кишки и заднего прохода, наличие ложных позывов на дефекацию, боли при дефекации, выделение слизи и крови из прямой кишки.

При обследовании per rectum на высоте 4 см, сразу от верхнего края сфинктера, по переднеправой стенке – чашеобразная, подвижная опухоль на 1/3 окружности. Ректоскопически протяженность опухоли 6 см, рентгенологически соответствующие данные. Данных за распространенность процесса не получено. Имеется гистологическая верификация процесса – умеренно-дифференцированная аденокарцинома. Признаков кишечной непроходимости не выявлено. Из сопутствующей патологии у больного хронический бронхит, эмфизема легких, нарушение функции внешнего дыхания по рестриктивному типу 3 степени.

1. Оптимальная лечебная программа при наличии рака прямой кишки II стадии данной локализации.
2. Оптимальная лечебная программа при наличии рака прямой кишки III стадии данной локализации.
3. Оптимальная лечебная программа при наличии рака прямой кишки IV стадии данной локализации.
4. Наиболее рациональная тактика лечения у данного больного.

Тема №10: «Онкоурология и онкогинекология»

Цель изучения

Изучить особенности течения, клиники, диагностики и лечения злокачественных опухолей мужских (рак предстательной железы, яичка, полового члена) и женских (рак шейки матки, тела матки, яичников, вульвы и влагалища) половых органов..

План изучения

1. Анатомо-физиологические особенности мужских половых органов. Особенности лимфооттока.
2. Анатомо-физиологические особенности женских половых органов. Особенности лимфооттока.

3. Классификация опухолей мужских и женских половых органов по стадиям и системе TNM. Закономерности метастазирования.

4. Роль инфицирования вирусом папилломы человека в развитии опухолей мужских и женских половых органов.

5. Диагностическая и лечебная тактика при раке предстательной железы, яичка, полового члена, шейки и тела матки, яичников, вульвы и влагалища.

6. Клиническая картина рака предстательной железы, яичка, полового члена, шейки и тела матки, яичников, вульвы и влагалища.

7. Комбинированное и комплексное лечение опухолей мужских и женских половых органов. Возможности лучевых методов в лечении больных с новообразованиями данных локализаций. Показания к лекарственному лечению.

8. Прогноз. Реабилитация больных злокачественными опухолями мужских и женских половых органов. Медико-социальная экспертиза.

Практические навыки

1. Уметь собрать анамнез у больных злокачественными новообразованиями мужских и женских половых органов.

2. Произвести пальцевое исследование прямой кишки, бимануальное исследование в гинекологии.

3. Составить план обследования больного / больной с подозрением на злокачественное новообразование половых органов.

4. Уметь интерпретировать данные кольпоскопии, УЗИ, РКТ, МРТ, гистологических заключений, результатов анализа крови на онкомаркеры.

Тестовые задания:

1. «Золотой стандарт» в гормональной терапии рака предстательной железы это:

- а) двусторонняя орхэктомия
- б) открытая аденомэктомия
- в) трансуретральная резекция предстательной железы

2. Адекватным минимальным хирургическим вмешательством, позволяющим диагностировать микроинвазию опухоли в строму шейки матки, является:

- а) раздельное диагностическое выскабливание полости матки
- б) ректо-вагинальный осмотр
- в) экстирпация матки с придатками
- г) конизация шейки матки с последующим выскабливанием оставшейся части цервикального канала

3. Перечислите факторы риска развития рака полового члена:

- а) вирус папилломы человека 16 и 18 типов
- б) фимоз

- в) хроническое воспаление
- г) всё перечисленное

4. Наиболее распространенный синдром наследования рака молочной железы и рака яичников связан с мутацией генов:

- а) BRCA
- б) KRAS
- в) BRAF
- г) ROS
- д) правильные ответы а) и в)

Ситуационная задача

Больная Т., 39 лет, обратилась к гинекологу с жалобами на контактные кровянистые выделения и водянистые бели из половых путей.

При гинекологическом осмотре: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу. В зеркалах: шейка матки в виде мелкобугристых разрастаний, напоминает цветную капусту, покрыта темными корка-ми. При пальпации: тело матки нормальных размеров, область придатков без особенностей. Параметрии свободные. Влагалищные своды глубокие.

1. Ваш предполагаемый диагноз?
2. Составьте план дополнительных методов обследования для уточнения характера заболевания и оценки распространенности процесса.
3. Составьте план лечения больной.

Тема №11: «Рак кожи. Меланома кожи и слизистой».

Рак кожи

Цель изучения

Научиться методам обследования, диагностике и дифференциальной диагностике, выбору способов лечения рака кожи.

План изучения

1. Статистика и эпидемиология рака кожи
2. Факторы, предрасполагающие и способствующие возникновению рака кожи
3. Предопухолевые заболевания кожи. Понятие об облигатном и факультативном предраке. Лечение и показания к диспансерному наблюдению больных с предраковыми заболеваниями кожи.
4. Морфологические классификации эпителиальных злокачественных опухолей кожи. Макро- и микроскопические формы. Классификация по стадиям и системе TNM.
5. Клинические формы рака кожи. Особенности течения.

6. Диагностика злокачественных новообразований кожи. Роль цитологического и гистологического методов исследования в постановке диагноза.

7. Общие принципы лечения эпителиальных опухолей кожи. Роль хирургического метода. Показания к комбинированному лечению. Криогенный метод лечения. Лазерная терапия.

8. Непосредственные и отдаленные результаты лечения.

Практические навыки

1. Овладеть методами физикального обследования больных с подозрением на рак кожи (осмотр и пальпация первичной опухоли, пальпация регионарных лимфоузлов).

2. Приготовить микропрепарат из опухоли кожи и лимфоузлов для цитологического исследования (взятие мазков-отпечатков, соскобов, пункция опухоли и лимфоузлов).

3. Освоить правила биопсии опухоли кожи.

4. Сформулировать диагноз рака кожи с оценкой стадии и клинической группы.

5. Оформить медицинскую карту стационарного больного раком кожи.

Меланома кожи и слизистой

Цель изучения

Познакомиться с многообразием клинических проявлений, принципами диагностики и дифференциальной диагностики, основными методами лечения меланомы.

План изучения

1. Общие сведения (частота, заболеваемость, смертность, возрастные и половые особенности, региональная распространенность, излюбленная локализация, биологические особенности).

2. Пигментные невусы кожи как предопухолевые состояния меланомы. Гистологическая классификация, клинические формы, особенности течения. Меланоз Дюбрея. Врачебная тактика.

3. Особенности гистологической структуры меланомы кожи. Зависимость прогноза от степени опухолевой инвазии (по Кларку и Бреслау). Особенности роста, лимфогенного и гематогенного метастазирования.

4. Классификация меланомы кожи по стадиям и системе TNM.

5. Клиническая картина меланомы кожи. Признаки малигнизации невусов.

6. Диагностика меланомы. Клинические и специальные методы обследования. Возможности цитологического метода исследования.

7. Общие принципы лечения. Лечение первичного очага и регионарных метастазов. Современные принципы хирургического лечения меланомы кожи. Операции на зонах регионарного метастазирования, показания к ним и принципы.

8. Непосредственные и отдаленные результаты лечения в зависимости от стадии заболевания и методов лечения.

Практические навыки

1. Уметь собрать анамнез у больного с подозрением на меланому.
2. На основании осмотра, дерматоскопии описать признаки начинающегося перерождения невусов.
3. Освоить правила забора материала для цитологического исследования при подозрении на меланому.
4. Интерпретировать результаты описания морфологической картины меланомы для лечебной тактики и прогноза.

Тестовые задания:

1. Преимущественной локализацией рака кожи является:

- а) лицо
- б) кисти рук
- в) стопы
- г) туловище
- д) конечности

2. При клиническом диагнозе меланомы без морфологической верификации может быть следующее лечение:

- а) хирургическое
- б) химиотерапевтическое
- г) лучевое
- д) иммунологическое

3. В структуре онкологических заболеваний опухоли кожи занимают:

- а) первое место
- б) второе место
- в) третье место
- г) четвертое место
- д) пятое место

4. Предраковыми поражениями кожи являются все перечисленные, кроме:

- а) пигментной ксеродермы
- б) экземы кожи
- в) болезни Боуэна
- г) болезни Педжета
- д) эритроплакии Кейра

5. Из нижеперечисленных невусов, как правило, трансформируется в меланому:

- а) папилломатозный невус

- б) “монгольское пятно”
- в) невус Ито
- г) меланоз Дюбрея

6. Для рака кожи характерны все перечисленные признаки, кроме:

- а) постепенного прогрессирования
- б) появления углубления в центре бляшковидного образования
- в) отсутствие эффекта от лечения язвы кожи более 3 недель
- г) возвышающегося валика вокруг язвы
- д) сферической папулы, появившейся неделю назад

7. Ранними макроскопическими признаками малигнизации пигментного невуса являются все перечисленные, кроме:

- а) появление бляшковидного основания на фоне пятна
- б) потери “кожного рисунка”
- в) однородной темной окраски
- г) изменения окраски невуса
- д) появление розоватого оттеночного венчика вокруг пятна

8. Наиболее радиорезистентной опухолью является:

- а) базалиома
- б) плоскоклеточный ороговевающий рак
- в) плоскоклеточный неороговевающий рак
- г) меланома
- д) рак придатков кожи

9. При воздействии на зоны регионарного метастазирования при раке кожи наиболее приемлем:

- а) хирургический метод
- б) лучевой метод
- в) комбинированный метод
- г) химиолучевой
- д) химиотерапевтический

10. 5-летняя выживаемость при меланоме в случае метастазов в лимфатические узлы составляет:

- а) 10-15%
- б) 16-20%
- в) 25-35%
- г) 40-45%
- д) 50%

11. При раке кожи лица I стадии наиболее целесообразным являются все перечисленные методы лечения, кроме:

- а) короткодистанционной рентгенотерапии
- б) оперативного вмешательства

- в) химиотерапии
- г) лучей лазера

12. У больного 65 лет рецидив базалиомы около 1 см в области носогубной складки через год после близкофокусной рентгенотерапии в СОД 60 Гр. Ему наиболее целесообразно:

- а) повторный курс близкофокусной рентгенотерапии в СОД 60 Гр.
- б) курс дистанционной гамма-терапии
- в) лазерная деструкция
- г) хирургическое удаление

13. При лучевой терапии базалиомы наиболее целесообразно использовать:

- а) близкофокусную рентгенотерапию
- б) быстрые электроны
- в) фотоны 15–20 МЭВ
- г) гамма-излучение
- д) правильно а) и б)

14. У больной 35 лет меланома кожи задней поверхности голени диаметром около 2 см. Ей целесообразно:

- а) близкофокусная рентгенотерапия
- б) сочетанная лучевая терапия
- в) комбинированное лечение с предоперационной близкофокусной рентгенотерапией
- г) чисто хирургическое удаление

15. Для синдрома Горлин–Гольца характерно сочетание:

- а) мультицентрических очагов роста базалиомы
- б) педжетоидной эпителиомы и множественных кист нижней челюсти или аномалий развития ребер
- в) базалиомы и плоскоклеточного рака

16. Плоскоклеточный рак кожи наиболее часто развивается:

- а) на фоне хронических заболеваний кожи
- б) на здоровой коже (de novo)
- в) с одинаковой частотой и в том, и в другом случае

17. У больного раком кожи волосистой части головы, без деструкции костей черепа, размерами 2,5 см, без регионарных метастазов, следует выставить стадию процесса:

- а) I стадию
- б) II стадию
- в) III стадию
- г) IV стадию

18. Частота регионарного метастазирования при плоскоклеточном раке кожи составляет:

- а) 2-2,5%
- б) 4-5%
- в) 6-10%
- г) 11-15%

19. Отдаленные метастазы плоскоклеточного рака кожи в первую очередь поражают:

- а) легкие
- б) головной мозг
- в) кости
- г) печень
- д) правильные ответы а) и в)

20. Больному плоскоклеточным раком кожи лица II стадии наиболее целесообразно проводить:

- а) хирургическое лечение
- б) сочетанную лучевую терапию
- в) криодеструкцию
- г) комбинированное лечение
- д) правильные ответы б) и в)

21. К меланомонеопасным невусам относятся:

- а) синий (голубой) невус
- б) внутридермальный невус
- в) пограничный пигментный невус
- г) гигантский пигментный невус

22. Ведущим методом диагностики меланомы кожи является:

- а) радиофосфорная проба
- б) лучевая меланурия (реакция Якша)
- в) термография
- г) морфологический метод

23. Наличие дочерних пигментных включений на коже (сателлитов) вокруг меланомы указывает:

- а) на местную распространенность процесса
- б) на наличие дополнительных невоидных образований
- в) на рецидив меланомы
- г) на диссеминацию процесса

24. Поражение базального слоя кожи при меланоме соответствует степени инвазии по Clark:

- а) I

- б) II
- в) III
- г) IV
- д) V

25. Ведущим методом лечения меланомы кожи является:

- а) хирургический
- б) лучевая терапия
- в) комбинированный
- г) электрокоагуляция

26. При наличии меланомы кожи лица размерами до 0,5 см. в области носогубной складки наиболее целесообразным является применение:

- а) хирургического метода
- б) лучевой терапии
- в) криодеструкции
- г) химиотерапии

27. Наихудшей в плане прогноза можно считать локализацию меланомы на коже:

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

28. При хирургическом лечении базалиомы следует отступать от краев опухоли:

- а) на 0,1 см
- б) на 0,5 см
- в) на 1,0 см
- г) на 1,5 см

29. При хирургическом лечении плоскоклеточного рака кожи от краев опухоли следует отступать в пределах:

- а) 0,5 см
- б) 1,0 см
- в) 1,5 см
- г) 3,5 см
- д) 5,0 см.

30. При хирургическом лечении меланомы кожи туловища и конечностей от краев опухоли следует отступать:

- а) на 0,5 см.
- б) на 1,5 см.
- в) на 3,5 см.

г) на 5,0 см. и более

31. При хирургическом лечении меланомы кожи лица от краев раны следует отступить в пределах:

- а) 0,5 см.
- б) 1,5 см.
- в) 3,5 см.
- г) 5,0 см.

Ситуационная задача

Больной Л., 60 лет, повышенного питания.

В эпигастральной области определяется опухоль кожи, размерами 5,0х3,0 см., с инфильтрацией подкожной клетчатки, но не связана с фасцией прямой мышцы живота. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Выраженной патологии со стороны внутренних органов нет.

Гистологическое заключение – плоскоклеточный неороговевающий рак кожи.

Вопросы:

1. Стадия опухолевого процесса по системе TNM?
2. Тактика лечения первичного очага?
3. Тактика в отношении зон лимфооттока?
4. Прогноз?

Тема № 12: « Опухоли костей и мягких тканей»

Цель изучения

Выработать онкологическую настороженность в отношении более раннего распознавания сарком костей и мягких тканей.

Опухоли костей

План изучения

1. Статистика и эпидемиология опухолей костей. Заболеваемость в зависимости от пола и возраста.
2. Патологоанатомическая характеристика. Основные разновидности злокачественных опухолей: остеогенная саркома, саркома Юинга, хондросаркома, вторичные злокачественные опухоли. Классификация опухолей костей (отечественная и ВОЗ). Особенности локализации отдельных форм. Закономерности метастазирования.
3. Клиническая картина, зависимость её от локализации опухоли. “Сигналы тревоги”.
4. Диагностика. Роль анамнеза. Основные рентгенологические симптомы. Радиоизотопная диагностика. Методы морфологической диагностики.

Хирургическое, лучевое, комбинированное и комплексное лечение. Органо-сохраняющие операции. Выбор уровня ампутации конечностей при различных локализациях злокачественных опухолей костей.

5. Отдаленные результаты лечения. Диспансеризация и реабилитация пролеченных больных.

Практические навыки

1. Провести физикальное обследование и пункционную биопсию у больного с опухолью кости.

2. Провести дифференциальную диагностику злокачественных и доброкачественных опухолей костей.

Опухоли мягких тканей

План изучения

1. Частота опухолей мягких тканей в общей структуре заболеваемости и смертности населения.

2. Патологоанатомическая характеристика. Локализация опухолей. Рецидивы. Закономерности метастазирования. Зависимость прогноза от гистологической структуры. Международная номенклатура и классификация.

3. Клинические проявления опухолей мягких тканей. “Сигналы тревоги”.

4. Диагностика опухолей мягких тканей. Методы обследования: УЗИ, компьютерная томография и магнитный резонанс. Значение ангиографии. Морфологические методы исследования, способы получения материала. Дифференциальный диагноз.

5. Принципы лечения опухолей мягких тканей. Зависимость выбора метода лечения от локализации опухоли и её гистологической структуры.

6. Показания к хирургическому, лучевому, химиотерапевтическому, комбинированному методам лечения.

7. Прогноз. Медицинская реабилитация и врачебно- трудовая экспертиза больных.

Практические навыки

1. Провести физикальное обследование больного с новообразованием мягких тканей.

2. Провести дифференциальный диагноз между саркомой и доброкачественной опухолью мягких тканей.

3. Выполнить пункцию мягкотканной опухоли.

4. Провести контрольный осмотр больного, излеченного от саркомы мягких тканей и обнаружить рецидив опухоли.

Тестовые задания по теме:

1. В основе дифференциальной диагностики первичных опухолей костей лежат:

- а) рентгенологическое исследование
- б) морфологическое исследование
- в) ультразвуковое исследование
- г) ангиография

2. Первичные злокачественные опухоли костей необходимо дифференцировать:

- а) с фиброзной дисплазией
- б) с хроническим остеомиелитом
- в) с костно-хрящевым экзостозом
- г) все ответы верны

3. Остеогенные саркомы чаще всего встречаются в возрасте:

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

4. Саркомы Юинга наиболее часто встречаются в возрасте:

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

5. Хондросаркомы наиболее часто встречаются:

- а) в детском возрасте
- б) в юношеском возрасте
- в) у людей старше 40 лет
- г) в любом возрасте

6. К факторам, влияющим на развитие первичных опухолей костей, относятся:

- а) нарушения внутриутробного развития
- б) влияние физических факторов
- в) влияние химических факторов
- г) хронический остеомиелит
- д) все ответы верны

7. Для остеогенной саркомы характерны следующие рентгенологические признаки:

- а) наличие "треугольника" (козырька) Кодмана
- б) наличие спикул
- в) оссификация внекостного компонента
- г) все ответы верны

8. *Остеогенная саркома, как правило, метастазирует:*

- а) в легкие
- б) в кости
- в) в лимфоузлы
- г) все ответы верны

9. *Морфологическая верификация первичной саркомы костей необходима:*

- а) для уточнения диагноза
- б) для выбора методов лечения
- в) для решения вопроса об объеме хирургического вмешательства
- г) все ответы верны

10. *При лечении сарком Юинга основным методом является:*

- а) хирургический
- б) лучевой
- в) химиотерапевтический
- г) иммунотерапия
- д) правильные ответы б) и в)

11. *При выборе уровня ампутации нижней конечности целесообразно учитывать следующие моменты:*

- а) локализацию опухоли
- б) морфологическое строение опухоли
- в) получение наиболее функциональной культи для протезирования
- г) верны ответы а) и в)
- д) все ответы верны

12. *Наиболее радиочувствительной является:*

- а) хондросаркома
- б) остеогенная саркома
- в) саркома Юнга
- г) фибросаркома

13. *Лучевая терапия является ведущим методом лечения:*

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

14. *Злокачественные опухоли мягких тканей могут развиваться из следующих исходных тканей:*

- а) мезенхимы
- б) фиброзной ткани
- в) жировой ткани

- г) мышечной ткани
- д) все ответы верны

15. Функция конечностей при саркоме мягких тканей нарушается:

- а) редко
- б) как правило, при запущенных процессах
- в) всегда

16. Постоянным признаком, который наблюдается у больных саркомами мягкими тканями, является:

- а) ограничение подвижности опухоли
- б) медленный рост
- в) боли
- г) нарушение функции конечности

17. Для диагностики злокачественной опухоли мягких тканей могут быть применены следующие рентгенологические методы исследования:

- а) обзорная рентгенограмма
- б) ангиография и флебография
- в) пневмография
- г) лимфография
- д) все перечисленные

18. Саркомы мягких тканей в основном метастазируют:

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

19. При остеогенной саркоме применяются:

- а) оперативное лечение
- б) предоперационная лучевая терапия обычными фракциями + операция
- в) предоперационная химиотерапия + операция
- г) предоперационное химиолучевое лечение + операция + химиотерапия
- д) химиолучевое лечение

Ситуационная задача

Больной 19 лет. Диагноз: остеогенная саркома правой бедренной кости. Протяженность поражения 8 см. Отдаленных метастазов нет.

Вопросы:

1. Стадия заболевания
2. План лечения
3. Прогноз

Тема №13: «Предраковые заболевания и рак молочной железы».

Цель изучения

Усвоить основные представления по эпидемиологии, клинике, диагностике и лечению предраковых заболеваний и рака молочной железы.

План изучения

1. Статистические и эпидемиологические данные о заболеваемости раком молочной железы.
2. Анатомо-физиологические особенности строения молочной железы.
3. Особенности кровоснабжения и лимфоотока.
4. Роль гормональных и обменных нарушений в возникновении гиперплазий, доброкачественных опухолей и рака молочной железы.
5. Классификация мастопатий. Локализованные и диффузные формы.
6. Клиническая картина. Диагностика. Врачебная тактика при локализованных формах.
7. Основные принципы лечения диффузных и узловых форм мастопатий. Техника секторальной резекции молочной железы. Принципы негормональной и гормональной терапии диффузных мастопатий. Диспансерное наблюдение.
8. Морфологическая классификация рака. Макроскопические формы роста. Закономерности лимфогенного и гематогенного метастазирования. Зависимость прогноза от локализации и формы опухолевого роста. Клинические классификации (по стадиям и по системе TNM)
9. Клиника типичной (узловой) формы рака молочной железы. Дифференциальный диагноз с локализованной мастопатией и фиброаденомой. Особые формы рака. Особенности течения. Особенности течения и диагностики рака молочной железы у молодых и беременных женщин.
10. Обследование больных. Методика пальпации молочных желез и лимфатических узлов. Методы специального обследования. Значение маммографии. Роль цитологического исследования пунктата из опухоли, лимфатических узлов и выделений из сосков. Хирургическая биопсия как последний этап в диагностике.
11. Понятие о ранней и своевременной диагностике. Профосмотры в диагностике рака молочной железы. Роль смотровых кабинетов. Скрининг на рак молочной железы. Методика самообследования молочных желез.
12. Общие принципы лечения рака молочной железы. Выбор метода в зависимости от стадии и формы опухолевого роста. Показания к хирургическому лечению. Понятие о радикальных, паллиативных и сохранных операциях. Реконструктивные операции. Эндопротезирование. Послеоперационные осложнения.
13. Показания к комбинированному и комплексному лечению. Значение адъювантной и неадъювантной химиотерапии. Роль лучевой терапии.
14. Показания и основные принципы гормонотерапии.

15. Результаты лечения рака молочной железы. Зависимость от стадии заболевания. Система диспансеризации, реабилитации и экспертиза трудоспособности.

Практические навыки

1. Правильно собрать анамнез у больной с заболеванием молочной железы.
2. Освоить правила пальпации молочных желез и регионарных лимфатических узлов.
3. Определить кожные симптомы рака молочной железы и симптомы со стороны соска.
4. Правильно сформулировать и обосновать клинический диагноз.
5. Провести пункцию опухоли молочной железы.
6. Изготовление цитологического мазка из материала, полученного при пункции опухоли молочной железы и мазка-отпечатка выделений из соска, опухолевой язвы.

Тестовые задания:

1. В структуре онкологической заболеваемости женщин рак молочной железы занимает:

- а) I место
- б) II место
- в) III место
- г) IV место
- д) V место

2. Предопухолевыми заболеваниями молочной железы являются все перечисленные, кроме:

- а) диффузной формы фиброзно-кистозной мастопатии
- б) пролиферативной формы фиброзно-кистозной мастопатии
- в) внутрипротокового папилломатоза
- г) локализованного фиброаденоматоза
- д) кист молочной железы с папилломатозными разрастаниями

3. Наиболее благоприятным в прогностическом отношении является:

- а) рак Педжета
- б) узловатый рак
- в) маститоподобный рак
- г) инфильтративно-отечный
- д) панцирный рак

4. Прогноз больных раком молочной железы определяется всеми перечисленными факторами, кроме:

- а) возраста

- б) клинические формы
- в) гистологической структуры и степени дифференцировки опухоли
- г) размера молочной железы
- д) наличия патологии со стороны сердечно-сосудистой системы и желудочно-кишечного тракта

5. Для определения наличия опухоли молочной железы применяются все перечисленные методы диагностики, кроме:

- а) осмотра
- б) пальпации
- в) перкуссии
- г) УЗИ
- д) маммографии

6. Предоперационное облучение методом обычного фракционирования показано при всех перечисленных стадиях, кроме:

- а) II А ст.
- б) II Б ст.
- в) III А ст.
- г) III Б ст.
- д) IV ст.

7. Плазмоклеточный мастит является результатом:

- а) воспалительного процесса
- б) возрастной инволюции молочных желез
- в) эктазии протоков
- г) кисты молочных желез

8. Основным методом лечения доброкачественных опухолей является:

- а) хирургическое
- б) лучевое
- в) гормональное
- г) лекарственное

9. Наименьшая заболеваемость раком молочной железы наблюдается:

- а) в Грузии
- б) в Азербайджане
- в) в Туркмении
- г) в России

10. Определение рецепторов стероидных гормонов необходимо для проведения:

- а) лучевой терапии
- б) гормонотерапии
- в) химиотерапии

г) хирургического лечения молочной железы

11. Рак молочной железы может иметь следующие клинические формы:

- а) узловую
- б) диффузную
- в) экземопоподобные изменения ареолы и соска
- г) все ответы верные

12. Прогноз течения рака молочной железы хуже:

- а) при отечно-инфильтративной форме
- б) при узловой форме I стадии
- в) при узловой форме II стадии
- г) при болезни Педжета

13. Симптом “лимонной корки” и отек ареолы:

- а) увеличивает стадию заболевания и влияет на выработку плана лечения
- б) не увеличивает стадию заболевания
- в) не влияет на выработку плана лечения
- г) влияет на общее состояние больной

14. Рак молочной железы необходимо дифференцировать:

- а) с узловой мастопатией
- б) с гемобластозом
- в) с маститом
- г) с туберкулезом
- д) все ответы верны

15. Операция радикальной резекции молочной железы может быть проведена, если до операции установлена:

- а) I стадия рака молочной железы
- б) IIb стадия
- в) III стадия
- г) IV стадия

16. Показанием к гормонотерапии при раке молочной железы является:

- а) наличие рецепторов стероидных гормонов в опухоли
- б) первично-распространенный рак молочной железы
- в) все стадии первичного рака молочной железы
- г) все ответы верные
- д) правильные ответы а) и б)

17. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным методом исследования является:

- а) маммография
- б) пункция с последующим цитологическим исследованием пунктата

- в) термография
- г) ультразвуковое исследование

18. При отечно-инфильтративной форме рака молочной железы наиболее целесообразно проводить:

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

19. При проведении профилактической химиотерапии по схеме CMF наиболее целесообразно проводить:

- а) 2 курса
- б) 3 курса
- в) 4 курса
- г) 5 курсов
- д) 6 курсов

20. У больной 25 лет на фоне беременности появилось уплотнение и гиперемия правой молочной железы, кровянистые выделения из соска, увеличенный лимфоузел в правой подмышечной области. Наиболее целесообразным в данном случае является:

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

21. Для диагностики рака молочной железы наиболее достоверным является:

- а) анализ крови
- б) анализ мочи
- в) осмотр и пальпация
- г) хирургическая биопсия со срочным гистологическим исследованием

22. Радикальная мастэктомия по Холстеду–Майеру была разработана для больных раком молочной железы:

- а) I стадии
- б) IIa стадии
- в) IIб стадии
- г) III стадии
- д) для всех стадий

23. Показанием к паллиативной мастэктомии при раке молочной железы является:

- а) изъязвленный рак молочной железы
- б) наличие серьезных сопутствующих заболеваний
- в) преклонный возраст
- г) все ответы верные

24. Рак молочной железы может метастазировать:

- а) в легкие
- б) в кости
- в) в печень
- г) в головной мозг
- д) во все перечисленные органы

25. При операции радикальной резекции молочной железы единым блоком удаляется:

- а) верхненаружный квадрант молочной железы
- б) клетчатка из подключичной области
- в) клетчатка из подмышечной области
- г) клетчатка из подлопаточной области
- д) все перечисленное

26. Больная 35 лет, по профессии маляр. Заканчивает комбинированное лечение по поводу рака молочной железы. На больничном листе находилась 4 месяца. По окончании лечения целесообразно:

- а) направить больную на МСЭК
- б) не направлять больную на МСЭК
- в) продолжить работу по основной профессии
- г) сменить профессию
- д) правильные ответы а) и г)

27. Больной 36 лет выполнена радикальная резекция правой молочной железы по поводу рака в верхненаружном квадранте T1N0M0. Дальнейшее лечение предусматривает:

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

28. При раке молочной железы в стадии T3N1M0 показана:

- а) радикальная мастэктомия
- б) мастэктомия + химиотерапия
- в) лучевая терапия + радикальная мастэктомия + химиотерапия
- г) только химиотерапия
- д) простая мастэктомия

29. Рак молочной железы развивается:

- а) из лимфатических узлов
- б) из кровеносных сосудов
- в) из гладкой или поперечно-полосатой мускулатуры
- г) из железистого эпителия протоков
- д) из незрелой соединительной ткани

30. Рак молочной железы может метастазировать только:

- а) гематогенно
- б) лимфогенно
- в) имплантационно
- г) гематогенно и лимфогенно
- д) всеми перечисленными путями

31. У больной 65 лет, страдающей раком молочной железы T3N1M0, положительные рецепторы эстрогенов. Ей следует назначить:

- а) эстрогены
- б) антиэстрогены
- в) прогестины
- г) кортикостероиды

32. В молочной железе “болезнь Педжета” относится:

- а) к доброкачественным опухолям
- б) к раку кожи
- в) к внутрипротоковому раку

33. Для исключения функции яичников применяется:

- а) лапароскопическая овариоэктомия
- б) лучевая кастрация
- в) аналог природного ЛГРГ (золадекс)
- г) все ответы верны

34. Для выявления метастазов рака молочной железы в кости применяется:

- а) рентгенологическое обследование
- б) изотопное исследование
- в) исследование рецепторов стероидных гормонов
- г) правильные ответы а) и б)
- д) правильные ответы б) и в)

Ситуационная задача

Больной 68 лет. Месяц назад при обращении в поликлинику по поводу болей в сердце врачом-терапевтом обнаружено опухолевидное образование в левой молочной железе, умеренно болезненное при пальпации, рекомендована консультация онколога.

При поступлении: общее состояние удовлетворительное. Активна. Изменений со стороны костно-мышечной системы нет. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Артериальное давление 190/100 мм. ртутного столба. В легких ослабленное везикулярное дыхание. Живот при пальпации мягкий, безболезненный.

Местный статус: левая молочная железа меньше правой, уровень стояния выше чем правой молочной железы. Деформация, втяжение в области верхне-наружного квадранта слева. Там же пальпируется уплотнение 4 на 5 см., без четких контуров, плотной консистенции. В левой подмышечной области плотный лимфатический узел диаметром 1,5 см. Патологических изменений в правой молочной железе не выявлено.

Анализ крови: Hb – 122 г/л, Эр – 4,5 10¹²/л, Л – 6,0х10⁹/л, СОЭ – 32 мм/час.

Маммография: в верхненаружном квадранте левой молочной железы на фоне инволютивных изменений определяется звездчатая тень 2,5 см, неправильной формы. Определяется дорожка к соску.

1. Достаточно ли данных, чтобы поставить клинический диагноз? Если необходимы какие-либо дополнительные данные, то какие?

2 Клинический диагноз (стадия, форма).

3. Врачебная тактика

Тема №14. «Лучевая терапия. Лучевые реакции и лучевые повреждения»

Цель изучения

Изучить основы лучевой терапии, способы и средства радиомодификации, показания, назначение и особенности проведения лучевой терапии у онкологических больных.

План изучения

1. Виды ионизирующего излучения
2. Аппаратное оснащение.
3. Радиобиологические основы лучевой терапии, способы и средства радиомодификации.
4. Современные возможности лучевой терапии.
5. Методы лучевой терапии злокачественных опухолей.
6. Радиочувствительные и радиорезистентные опухоли.
7. Дозы и режимы облучения.
8. Способы повышения радиочувствительности.

Практические навыки

1. Уметь собрать анамнез у больных раком различных локализаций для обоснования лучевой терапии.

2. Составить план проведения лучевой терапии.

3. На основании знаний лучевой терапии при злокачественных новообразованиях уметь ставить показания к различным вариантам лучевой терапии.

4. Уметь интерпретировать данные обследования больных для выяснения противопоказаний к лучевой терапии.

5. На основании осмотра, клинических данных и лабораторных данных, дополнительных методов обследования правильно установить осложнение проводимой лучевой терапии.

Тестовые задания:

1. *Какой из видов ионизирующих облучений представляет наибольшую опасность при наружном воздействии?*

- а) α -частицы
- б) β -частицы
- в) γ -лучи

2. *Какой вид опухолей является наиболее радиочувствительным?*

- а) остеогенная саркома
- б) лимфосаркома
- в) плоскоклеточный рак
- г) меланома

3. *Выберите наиболее эффективный вид лечения для радиочувствительных новообразований:*

- а) операция
- б) лучевая терапия
- в) комбинированный метод химио-лучевое лечение

4. *Выберите наиболее эффективный метод лечения рака молочной железы у 70-летней женщины (в анамнезе инфаркт миокарда)*

- а) операция
- б) лучевая терапия
- в) химио-лучевое лечение

5. *Выберите наиболее рациональный метод лечения мелкоклеточного рака легкого:*

- а) операция
- б) химиотерапия
- в) лучевая терапия
- г) комбинированный метод лечения

6. *Выберите наиболее рациональный метод лечения рака шейки матки 2-3 стадии:*

- а) операция
- б) лучевая терапия
- в) химиотерапия
- г) комбинированный метод лечения

7. *Лечение лимфогранулематоза с общими симптомами заболевания:*

- а) операция
- б) лучевая терапия
- в) химио-лучевое лечение

8. *Риск облучения ростковых зон у детей:*

- а) ускорение роста
- б) отставание в росте
- в) лучевой остеонекроз

9. *Опасности облучения орбиты:*

- а) боли в глазном яблоке
- б) лучевая катаракта
- в) слезотечение

10. *Опасности облучения спинного мозга:*

- а) усиление рефлексов
- б) миелит
- в) появление патологических рефлексов

11. *На выбор лучевой терапии при раке прямой кишки оказывает влияние:*

- а) локализация опухоли в прямой кишке
- б) наличие или отсутствие метастазов в регионарных
- в) наличие или отсутствие метастазов в регионарных лимфоузлах
- г) наличие воспалительных осложнений заболевания

Ситуационная задача

Больной 60 лет, обратился с жалобами на выделение слизи и крови из прямой кишки.

При обследовании per rectum на высоте 2 см, сразу от верхнего края сфинктера, по передней стенке – плотная, малоподвижная опухоль на 1/3 окружности. При гистологическом исследовании выявлен плоскоклеточный рак. Признаков кишечной непроходимости не выявлено.

1. Оптимальная лечебная программа при наличии рака прямой кишки данной локализации.

2. Если показана лучевая терапия, то по какой программе она проводится

Список рекомендуемой литературы

Основная литература

1. Черенков, В. Г. Онкология : учебник / В. Г. Черенков. - 4-е изд. , испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 512 с. : ил. - ISBN 978-5-9704-5553-1. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970455531.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
2. Труфанов, Г. Е. Лучевая терапия (радиотерапия) / Г. Е. Труфанов [и др.] ; под ред. Г. Е. Труфанова - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 208 с. - ISBN 978-5-9704-4420-7. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970444207.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
3. Петерсон С.Б., Онкология [Электронный ресурс] / под общей ред. С. Б. Петерсона - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 288 с. - ISBN 978-5-9704-2532-9 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970425329.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю

Дополнительная литература

1. Давыдов М.И., Онкология [Электронный ресурс] : учебник / Давыдов М.И., Ганцев Ш.Х. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. - 920 с. - ISBN 978-5-9704-2719-4 – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970427194.html>. – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
2. Труфанов, Г. Е. Лучевая диагностика: учебник / Г. Е. Труфанов и др. ; под ред. Г. Е. Труфанова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 496 с. - ISBN 978-5-9704-3468-0. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ISBN9785970434680.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.
3. 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. – Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970428757.html> – ЭБС «Консультант студента», по паролю.