

# Ситуационные задачи

## Онкология

[medkeys.ru/product/onkologiya/](http://medkeys.ru/product/onkologiya/)



## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Мужчина 64 лет поступил в стационар онкологического центра

### Жалобы

на головокружение, периодическую шаткость при ходьбе, нарушение памяти, снижение чувствительности в правой руке

### Анамнез заболевания

7 лет и 4 месяца назад при профилактическом флюорографическом исследовании легких выявлено "затемнение" в верхней доле правого лёгкого. При контрольном рентгенологическом исследовании выявлены признаки рака верхней доли правого легкого. При онкологическом поиске в онкологическом диспансере по месту жительства других проявлений заболевания не было выявлено. Больной обратился в онкологический центр федерального уровня, где 7 лет назад было выполнено хирургическое лечение в объёме правосторонней торакоскопической верхней лобэктомии. Осложнений хирургического лечения не было. Гистологическое исследование операционного материала: опухолевый узел легкого имеет строение высокодифференцированной аденокарциномы. Признаки ангиолимфатической и периневральной инвазии в опухоли не обнаружены. В бронхопульмональных лимфоузлах опухолевые клетки не обнаружены. Болезнь стадирована по системе TNM: T2N0M0; IB стадия. В дальнейшем больному проводилось динамическое наблюдение в течение 5 лет после операции. За один месяц до поступления в стационар у больного появились: головная боль, преимущественно в левой половине головы, тошнота, головокружение, нарушение краткосрочной памяти. При КТ головного мозга по месту жительства выявлена опухоль округлой формы с повышенной плотностью, до 38 мм в диаметре с перифокальным отеком. Онкологом по месту жительства назначен дексаметазон в дозе 8 мг внутримышечно в сутки, с эффектом в виде регресса головной боли и тошноты. В поликлинике онкологического центра больному выполнены: УЗИ органов брюшной полости и периферических лимфоузлов, обзорная рентгенография легких в двух проекциях, сцинтиграфия костей скелета. Данных за экстрацеребральное прогрессирование заболевания не получено. При осмотре офтальмологом выявлены признаки начальных застойных дисков зрительных нервов. Больной госпитализирован в стационар

### Анамнез жизни

\* хронические заболевания: ИБС. Атеросклероз, аорты, коронарных артерий. Пароксизмальная форма фибрилляции предсердий. ГБ 3 ст, III ст, риск ССО 3. НК 2 ФК. Язвенная болезнь желудка вне обострения. \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей нет \* аллергические реакции на медикаменты отрицает \* опухолевые заболевания в семье: у родного дяди по материнской линии была акральная меланома

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 82 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6<sup>0</sup>С. Кожные покровы чистые,

ровные, отеков нет, тургор в норме. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Над легкими при перкуссии - ясный легочный звук. Дыхание в легких везикулярное, проводится с двух сторон, хрипов нет. ЧДД 15/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70 уд/мин, АД 130/82 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный, регулярный, 1 раз в 2 дня. Дизурии нет. В неврологическом статусе: сознание ясное. Менингеальной симптоматики не отмечается. Из особенностей - на фоне умеренно выраженной общемозговой симптоматики в виде головокружения, отмечаются: мимопадание при пальценосовой пробе справа, повышение сухожильных рефлексов и тактильная гипестезия в правой верхней конечности, элементы амнестической афазии.

**Необходимым для обследования больных лабораторным методом исследования мочи является**

**Результаты лабораторного метода исследования мочи**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом диагностики является**

**Результаты инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом является**

**Стандартным методом исследования для морфологической верификации диагноза у данного больного является**

- иммуноцитохимическое исследование материала, полученного при аспирационной биопсии первичной опухоли легкого
- гистологическое исследование первичной опухоли
- цитологическое исследование спинномозговой жидкости
- молекулярно-генетическое исследование опухоли на мутацию гена KRAS

**У данного больного в первую очередь необходимо определить наличие мутации гена**

- C-KIT (выявлена мутация в 11 экзоне)
- EGFR (выявлена мутация в 19 экзоне)
- NRAS (выявлена мутация в 19 экзоне)
- BRAF (выявлена мутация в 15 экзоне)

**Оптимальная тактика лечения больного с метастатическим поражением головного мозга определяется на основании осмотра данных трех специалистов**

- офтальмолога, невролога, онколога
- нейрохирурга, радиотерапевта, онколога
- невролога, онколога, нейрохирурга
- медицинского генетика, нейрохирурга, радиотерапевта

**На первом этапе лечения пациенту показано применение**

- дистанционной лучевой терапии на весь головной мозг
- стереотаксической лучевой терапии
- хирургического лечения
- химиотерапии

**После удаления солитарного метастаза из головного мозга больному на II этапе показано проведение**

- иммунотерапии
- химиотерапии
- дистанционной лучевой терапии
- симптоматического лечения

**В I линии лечения данного пациента показано назначение**

- селективных ингибиторов тирозинкиназы рецепторов эпидермального фактора роста (EGFR)
- химиотерапевтических препаратов - антифолатов
- химиотерапевтических препаратов с цитостатическим антимитотическим действием
- селективных низкомолекулярных ингибиторов рецепторов тирозинкиназы, в том числе киназы анапластической лимфомы (ALK)

**Основной группой лекарственных средств в сопроводительной терапии больных с метастатическим поражением головного мозга являются**

- антиконвульсанты
- блокаторы протонной помпы
- нейролептики
- глюкокортикостероиды

**Динамическое наблюдение за больным в первые два года после выявления метастаза в головном мозге проводится**

- один раз в год
- каждые 3 месяца
- ежемесячно
- каждые 6 месяцев

**Больному при прогрессировании заболевания на фоне ингибиторов EGFR (гефитиниб, эрлотиниб, афатиниб) и при наличии в опухоли мутации T790 показан**

- один раз в год
- каждые 3 месяца
- ежемесячно

- каждые 6 месяцев

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 45 лет обратилась на прием к районному врачу-онкологу

### **Жалобы**

Безболезненное образование в правой молочной железе

### **Анамнез заболевания**

Самостоятельно обнаружила в правой молочной железе образование около 3 месяцев назад, безболезненное при пальпации. Образование немного увеличилось в размере, появилось чувство неудобства и уплотнение в правой подмышечной области.

### **Анамнез жизни**

• хронических заболеваний нет • не курит, алкоголем не злоупотребляет • наследственность по онкологическим заболеваниям неотягощена • менархе с 13 лет. Менструальный цикл регулярный. Роды – 2, аборт -1 • аллергических реакций нет

### **Объективный статус**

Состояние ближе к удовлетворительному. Вес 53 кг, рост 173 см. Температура тела 36,8<sup>0</sup>С. Молочные железы развиты правильно, симметричные. Кожные покровы физиологической окраски. Соски и ареолы не изменены. Выделений из сосков нет. При пальпации в верхне-наружном квадранте правой молочной железы определяется бугристое образование с нечеткими контурами, безболезненное. Образование смещаемое, кожных симптомов не выявлено.

**Необходимыми для постановки диагноза неинвазивными инструментальными методами обследования являются**

- один раз в год
- каждые 3 месяца
- ежемесячно
- каждые 6 месяцев

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Наиболее подходящей методикой верификации диагноза является**

- один раз в год
- каждые 3 месяца
- ежемесячно
- каждые 6 месяцев

### **Результаты обследования**

**Какой диагноз можно поставить данной больной на основании лучевых методов исследования и данных гистологического исследования?**

- один раз в год
- каждые 3 месяца
- ежемесячно
- каждые 6 месяцев

**По результатам рентгенологического и ультразвукового методов исследования определяется категория BI-RADS**

- 0
- 5
- 3
- 2

**К дообследованию, при категории BI-RADS 4 или 5, относится**

- биопсия образования
- тонкоигольная пункция образования
- РКТ молочных желез
- контроль через 6 месяцев

**Диагностическая маммография выполняется в + \_\_\_\_\_ + проекциях**

- прямых
- косых
- прямой и боковой
- косой и прямой

**Ультразвуковыми признаками, характерными для злокачественного образования, является образование**

- овальной формы с четкими контурами, однородной структуры
- неправильной формы, неоднородной гипоехогенной структуры, с нечеткими контурами чаще вертикально-ориентированное (режим В)
- с четкими полициклическими контурами, неоднородной гипоехогенной структурой
- округлой формы с четкими контурами, анэхогенной структуры

**МРТ молочных желез выполняется с целью**

- оценить характер кровоснабжения опухоли
- определить распространенность процесса, установить мультицентричность или мультифокальность процесса
- скрининг рака молочной железы
- определить размер опухоли

**Биопсию молочной железы под ультразвуковым контролем следует выполнять в**

- кабинете ультразвуковой диагностики
- сонооперационной
- кабинете онколога
- смотровом кабинете

**К неинвазивным методам лучевой диагностики относится**

- УЗИ с применением доплерографии
- двуэнергетическая контрастная маммография
- контрастная сонография
- дуктография

**Проведение маммографии женщинам, при проведении диспансеризации, рекомендуется с + \_\_\_\_\_ + лет**

- 39
- 40
- 35
- 50

**Методом диагностики, который позволяет определить жесткость (плотность) выявленного образования, является**

- 39
- 40
- 35
- 50

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 34 лет. Обращение к врачу онкологу поликлиники

### **Жалобы**

Жалуется на чувство «кома» в горле, сухой кашель, на боли в поясничном отделе позвоночника в последние 5-6 месяцев

### **Анамнез заболевания**

В 2011 году при диспансеризации на УЗИ обнаружен «многоузловой зоб». ТТГ в норме, было рекомендовано наблюдение. В октябре 2013 года обследован по месту жительства: по данным УЗИ отрицательная динамика в виде роста узлов.

### **Анамнез жизни**

\* хронических заболеваний нет \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей не имеет \* аллергии на лекарственные препараты нет \* у бабушки по материнской линии был многоузловой зоб

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 175 см, ИМТ – 26. Голос звонкий. Пальпаторно щитовидная железа увеличена до 1-й степени (ВОЗ),

тугоэластической консистенции, в средней трети правой доли определяется туго-эластичный узел около 2,5 см в диаметре, смещается при глотании, слева пальпаторно узел не определяется. Шейные лимфатические узлы: не пальпируются.

**Маркерами, которые необходимо исследовать для установления диагноза, являются**

- 39
- 40
- 35
- 50

### **Результаты обследования**

**На основании клинико-лабораторных данных больному может быть установлен предположительный диагноз: Подозрение на + \_\_\_\_\_ + рак щитовидной железы**

- медуллярный
- фолликулярный
- папиллярный
- анапластический

**Инструментальными методами исследования, которые необходимо провести для установления диагноза, являются**

- медуллярный
- фолликулярный
- папиллярный
- анапластический

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Необходимыми методами исследования при медуллярном раке являются**

- медуллярный
- фолликулярный
- папиллярный
- анапластический

### **Результаты обследования**

**На основании клинико-лабораторных и инструментальных методов исследования данному пациенту можно поставить диагноз**

- медуллярный
- фолликулярный
- папиллярный



- анапластический

**Методом лечения у данного пациента является**

- химиотерапия
- лучевая терапия
- хирургическое лечение
- таргетная терапия

**Оперативное вмешательство у пациента должно быть выполнено в объеме**

- гемитиреоидэктомии с истмусэктомией
- субтотальной резекции щитовидной железы
- тиреоидэктомии с центральной шейной лимфодиссекцией
- гемитиреоидэктомии с истмусэктомией и с центральной шейной лимфодиссекцией

**После операции гормональную терапию левотироксином необходимо проводить в**

- заместительном режиме в дозе 125 мкг
- супрессивном режиме – 200 мкг (1,8 – 2,5 мкг/кг) в день
- супрессивном режиме – 200 мкг (1,8 – 2,5 мкг/кг) в день 1 год, далее переходить на заместительный режим – 125 мкг (1,0-1,5мкг/кг) в день
- супрессивном режиме – 200 мкг (1,8 – 2,5 мкг/кг) в день, далее при отсутствии персистенции заболевания переходить на заместительный режим в дозе 125 мкг (1,0-1,5мкг/кг) в день

**Диспансерное наблюдение в 1-й год после радикального лечения проводят 1 раз в +\_\_\_\_\_+ мес**

- 12
- 3
- 1
- 6

**Диспансерное наблюдение во 2-й год после радикального лечения проводят 1 раз в +\_\_\_\_\_+ мес**

- 6
- 12
- 3
- 1

**Диспансерное наблюдение во 3-й год после радикального лечения проводят 1 раз в +\_\_\_\_\_+ мес**

- 1

- 12
- 3
- 6

**Маркерами, свидетельствующими о рецидиве медуллярного рака щитовидной железы, являются**

- 1
- 12
- 3
- 6

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Л. 53 лет обратилась к онкологу в специализированную клинику

### **Жалобы**

на кровянистые выделения из правого соска

### **Анамнез заболевания**

Около недели назад стала отмечать скудные бурые выделения из правого соска, пачкающие белье

### **Анамнез жизни**

\* Сопутствующая патология: сахарный диабет второго типа (уровень сахара крови 7-10 ммоль/л), диабетическая полинейропатия, гипертоническая болезнь II степени, 2 стадии. + \* Опухолевые заболевания в семье: отрицает \* Замужем. Роды-2. Аборт-5. Лактация до 1 года, без осложнений. Перименопауза. \* Аллергический анамнез: на антибиотики пенициллинового ряда - крапивница! \* Профессиональные вредности отсутствуют \* Вредные привычки: отрицает

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы розовые, сухие. Слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/80 мм рт.ст., ЧСС 76 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Стул регулярный

**Выберите необходимые для постановки диагноза методы обследования**

- 1
- 12
- 3
- 6

### **Результаты обследования**

**Правильной последовательностью мероприятий для постановки диагноза в данном клиническом случае будет**

- дуктография+маммография, цитологическое исследование выделений из соска
- физикальный осмотр, цитологическое исследование выделений из соска, маммография + дуктография
- физикальный осмотр, маммография, цитологическое исследование выделений из соска, дуктография
- маммография, цитологическое исследование выделений из соска, дуктография, физикальный осмотр

**Консультация клинического генетика у данной пациентки рекомендуется в случае отягощенного семейного анамнеза и**

- цитологически верифицированного рака молочной железы
- рецидивирующего течения заболевания
- только в возрасте пациентки до 40 лет
- во всех случаях выявления доброкачественной патологии

**С учетом полученных данных обследования предположительный диагноз:**  
+ \_\_\_\_\_ + правой молочной железы

- цитологически верифицированного рака молочной железы
- рецидивирующего течения заболевания
- только в возрасте пациентки до 40 лет
- во всех случаях выявления доброкачественной патологии

**С целью уточнения морфологического диагноза иммуногистохимическое исследование**

- не показано, требуется иммуноцитохимическое исследование
- не показано
- не является обязательным методом диагностики в случае планирования хирургического лечения
- показано всем пациенткам с патологией молочных желез

**При диагнозе внутрипротоковая папиллома лечение необходимо проводить**

- во всех случаях
- в экстренном порядке
- только после динамического контроля в случае роста папиллом
- только по желанию пациентки

**Пациентке планируется лечение**

- индинолом-форте (2к.х2 р/день 3 мес.)
- фитотерапией (мастодинон 30к.х 2р/день 3 мес.)
- антиэстрогенами (тамоксифен 10 мг 4 мес.)
- хирургическое

### **Пациентке выполнено хирургическое вмешательство в объеме**

- подкожной мастэктомии справа
- секторальной резекции и биопсии сигнального лимфатического узла
- энуклеации опухоли
- секторальной резекции со срочным гистологическим исследованием

### **При неоднозначном ответе срочного гистологического исследования - «окончательный ответ после планового исследования» объем операции**

- не меняется
- увеличивается до радикальной мастэктомии
- дополняется биопсией сигнального лимфатического узла
- увеличивается до мастэктомии

### **В дальнейшем пациентке показано наблюдение**

- хирурга по месту жительства
- маммолога
- районного онколога
- гинеколога женской консультации

### **Пациентка предъявляет жалобы на возникшие в последнее время выраженные вегетативные симптомы, перепады настроения, подъемы артериального давления, которые появились на фоне нарушений менструального цикла. Корректирующая заместительная гормонотерапия**

- назначается в виде применения низкодозированных пероральных контрацептивов
- невозможна ни при каких обстоятельствах
- рекомендуется только при отсутствии носительства мутантных BRCA
- возможна под наблюдением гинеколога и консультировании онколога

### **Внутрипротоковая папиллома относится к классу + \_\_\_\_\_ + по МКБ-10**

- назначается в виде применения низкодозированных пероральных контрацептивов
- невозможна ни при каких обстоятельствах
- рекомендуется только при отсутствии носительства мутантных BRCA
- возможна под наблюдением гинеколога и консультировании онколога

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 66 лет, обратилась на прием в поликлинику онкологического центра

## **Жалобы**

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

## **Анамнез заболевания**

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

## **Анамнез жизни**

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

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 80 %. ECOG - 2. Вес 75 кг, рост 160 см. Температура тела 36,4<sup>0</sup>С. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. В паренхиме молочных желез при пальпации без узловых образований, кожа и ареолярные комплексы не изменены. Над легкими при перкуссии - легочный звук. Дыхание в легких везикулярное, проводится с двух сторон, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 66/мин, АД 130/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул оформленный, регулярный, 1 раз в 2 дня. Дизурии нет. В неврологическом статусе: сознание ясное. Менингеальной симптоматики не отмечается. Из особенностей - на фоне умеренно выраженной общемозговой симптоматики в виде цефалгического синдрома, невыраженная тактильная гемигипестезия в левых конечностях, негрубое мимопопадание при пальценосовой пробе слева. Повышение сухожильных рефлексов в левых конечностях, более выраженное в нижней конечности.

**Основной современной классификацией при установке диагноза у больных с первичными опухолями головного мозга является**

- классификация опухолей по системе TNM
- морфологическая классификация ВОЗ опухолей ЦНС 2016 г
- морфологическая классификация ВОЗ опухолей ЦНС 2007г.
- международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- классификация опухолей по системе TNM
- морфологическая классификация ВОЗ опухолей ЦНС 2016 г
- морфологическая классификация ВОЗ опухолей ЦНС 2007г.
- международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Предполагаемым основным клиническим диагнозом является**

- классификация опухолей по системе TNM
- морфологическая классификация ВОЗ опухолей ЦНС 2016 г
- морфологическая классификация ВОЗ опухолей ЦНС 2007г.
- международная классификация болезней 10-го пересмотра (МКБ-10)

**Стандартным методом морфологической верификации диагноза у данной больной является**

- цитологическое исследование спинномозговой жидкости
- молекулярно-генетическое исследование опухоли на мутацию гена BRAF
- гистологическая верификация опухоли
- иммуногистохимическое исследование биопсийного материала

**Тактика лечения больного с подозрением на глиобластому головного мозга определяется на основании консилиума специалистов в составе**

- радиолога, онколога (химиотерапевта), рентгенолога, терапевта
- нейрохирурга, терапевта, рентгенолога
- нейрохирурга, радиолога, онколога (химиотерапевта), рентгенолога
- невролога, радиолога и онколога (химиотерапевта)

**На первом этапе лечения пациентке показано проведение**

- удаления опухоли
- дистанционной лучевой терапии на область опухоли
- стереотаксической биопсии опухоли
- таргетной терапии препаратом бевацизумаб

**После получения гистологического подтверждения диагноза "глиобластома G IV" на втором этапе лечения больной показано проведение**

- послеоперационной химиолучевой терапии
- стереотаксической радиохирургии на ложе удаленной опухоли
- двух курсов химиотерапии PCV: ломустин  $90 \text{ мг/м}^2$  внутрь в 1-й день + винкристин  $1,5 \text{ мг/м}^2$  внутривенно в 1-й и 8-й дни + прокарбазин  $70 \text{ мг/м}^2$  внутрь с 8-го по 21-й дни курса, курсы химиотерапии каждые 6 недель
- двух курсов химиотерапии: темозоломид по  $150 \text{ мг/м}^2$  в сутки внутрь, 1-5 дни, курсы химиотерапии 1 раз в 28 дней

### **На третьем этапе лечения пациентке показано проведение**

- 6 курсов химиотерапии PCV: ломустин  $90 \text{ мг/м}^2$  внутрь в 1-й день + винкристин  $1,5 \text{ мг/м}^2$  внутривенно в 1-й и 8-й дни + прокарбазин  $70 \text{ мг/м}^2$  внутрь с 8-го по 21-й дни курса, курсы химиотерапии каждые 6 недель
- 6 курсов лекарственного противоопухолевого лечения по схеме: Иринотекан  $200 \text{ мг/м}^2$  внутривенно в 1-й и 15-й дни + бевацизумаб  $5-10 \text{ мг/кг}$  внутривенно в 1-й и 15-й дни, каждые 4 недели
- стереотаксической радиохирургии на ложе удаленной опухоли
- химиотерапии

### **Основными противоотечными лекарственными средствами у больных с опухолевым поражением ЦНС являются**

- антиконвульсанты
- глюкокортикостероиды
- блокаторы протонной помпы
- нейролептики

### **После окончания третьего этапа лечения за больной проводится динамическое наблюдение**

- каждые 3 месяца
- ежемесячно
- один раз в год
- каждые 6 месяцев

### **При неэффективности глюкокортикоидов и НПВС препаратом выбора для устранения цефалгического синдрома у больной является**

- тримеперидин
- диазепам
- трамадол
- морфин

**При развитии рецидива или продолженного роста опухоли у больных с глиобластомой после проведения химиотерапии первой линии, показано применение лекарственной терапии с включением**

- тримеперидин
- диазепам
- трамадол
- морфин

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина, 40 лет, направлен к врачу-онкологу врачом-дерматологом

### **Жалобы**

Рост в течение 7 лет пигментного образования на коже спины

### **Анамнез заболевания**

Пациент отмечает, что около 7 лет назад жена обратила внимание на появление «странной родинки» на коже спины. К врачу в течение 7 лет пациент не обращался, но в настоящее время жена настояла на посещении врача-дерматолога. Врач-дерматолог, выполнив простой осмотр, рекомендовал консультацию онколога.

### **Анамнез жизни**

Пациент строитель, в летнее время часто работает с открытым торсом

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 180 см. Температура тела 36,6° С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. Выдох немного удлинен. Пальпация. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин.  $SpO_2$  98% Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 67 уд в мин, АД 120/00 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

**К основному методу обследования для постановки диагноза относится**

- тримеперидин



- диазепам
- трамадол
- морфин

### **Результаты обследования**

**Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- тримеперидин
- диазепам
- трамадол
- морфин

### **Результаты обследования**

**К наиболее предполагаемому диагнозу относится**

- тримеперидин
- диазепам
- трамадол
- морфин

**Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- тримеперидин
- диазепам
- трамадол
- морфин

### **Результаты**

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях**

- стационарных
- амбулаторных
- «дневного стационара»
- стационарных (отделение интенсивной терапии)

**Пациенту показано + \_\_\_\_\_ + лечение**

- химиолучевое
- лучевое
- хирургическое
- химиотерапевтическое

**Пациенту показано оперативное вмешательство, в объеме**

- резексии послеоперационного рубца с отступом 5 см
- профилактической регионарной лимфаденэктомии
- резексии послеоперационного рубца с отступом от края рубца 1 см
- резексии послеоперационного рубца с отступом 10 и более см с пластикой

**К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся**

- бронхолитики
- ингибиторы протонной помпы
- антибиотики
- муколитики

**По классификации TNM у данного больного + \_\_\_\_\_ + стадия опухолевого процесса**

- T1aN0M0. Стадия Ia
- T 2a N 0 M 0. Стадия Ib
- T 4b N 0 M 0. Стадия II C
- T1aN0M1. Стадия IV

**Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать**

- проведение адъювантной химиотерапии
- проведение адъювантной иммунотерапии препаратами рекомбинатных интерферонов
- проведение дистанционной лучевой терапии на зону удаленной опухоли
- динамическое наблюдение

**Очевидными факторами риска развития меланомы кожи у данного пациента являются**

- наличие на коже невусов
- работа на открытом воздухе без защиты от УФ-облучения и, как следствие, регулярное и длительное воздействие на кожу УФ-облучения
- посещение бань и саун
- курение

**Наблюдение у районного онколога пациенту показано с периодичностью 1 раз в**

- наличие на коже невусов
- работа на открытом воздухе без защиты от УФ-облучения и, как следствие, регулярное и длительное воздействие на кожу УФ-облучения
- посещение бань и саун
- курение

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Мужчина 57 лет обратился в поликлинику по месту проживания

### Жалобы

На затрудненное прохождение твердой пищи при глотании в течение 4 месяцев, похудание на 7 кг за последние 2 месяца, непостоянные давящие боли за грудиной.

### Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 4 месяцев, когда впервые отметил затрудненное прохождение твердой пищи по пищеводу, в настоящее время проходит только полужидкая пища. К врачу не обращался. Похудел на 7 кг за последние 2 месяца. В настоящее время отмечает нарастание симптомов, появление непостоянных болей за грудиной давящего характера.

### Анамнез жизни

\* Сопутствующие заболевания: ХОБЛ умеренной степени (GOLD) \* Курит более 30 лет, по 1 пачке в день. \* Водитель. Профессиональных вредностей не имеет \* Аллергические реакции отрицает

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 77 кг, рост 179 см. Температура тела 36,8° С. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, тургор не снижен. Над легкими дыхание жесткое, проводится во все отделы, выслушиваются сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. ЧДД 14 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 130/80 мм.рт.ст, PS - 74 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Перистальтика выслушивается. Физиологические отправления в норме.

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- наличие на коже невусов
- работа на открытом воздухе без защиты от УФ-облучения и, как следствие, регулярное и длительное воздействие на кожу УФ-облучения
- посещение бань и саун
- курение

### Результаты лабораторных методов обследования

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- наличие на коже невусов
- работа на открытом воздухе без защиты от УФ-облучения и, как следствие, регулярное и длительное воздействие на кожу УФ-облучения
- посещение бань и саун
- курение

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**Какой диагноз можно поставить у данного пациента на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?**

- наличие на коже невусов
- работа на открытом воздухе без защиты от УФ-облучения и, как следствие, регулярное и длительное воздействие на кожу УФ-облучения
- посещение бань и саун
- курение

**Дисфагия у пациента + \_\_\_\_\_ + степени**

- 2
- 4
- 1
- 3

**При раке пищевода наиболее частым гистологическим вариантом опухоли является**

- карциносаркома
- плоскоклеточный рак
- аденокарцинома
- мелкоклеточный рак

**Видом лечения, показанным больному, является**

- самостоятельная ХЛТ
- предоперационная ХЛТ + хирургическое лечение
- хирургическое лечение
- паллиативная химиотерапия

**Необходимым оптимальным режимом предоперационной ХЛТ является**

- 2 курса химиотерапии 5-ФУ + ДЛТ СОД 30 Гр
- 3 курса цисплатин + ДЛТ СОД 60 Гр + 3 курса цисплатин
- паклитаксел/карбоплатин еженедельно 5 введений + ДЛТ до СОД 45-50 Гр
- 1 введение паклитаксел/карбоплатин + ДЛТ СОД 20 Гр

**Рак пищевода, инфильтрирующий стенку органа до мышечного слоя включительно при отсутствии регионарных и отдаленных метастазов, соответствует следующей характеристике по системе TNM**

- T4aN0M0
- T2N1M0

- T3N0M0
- T2N0M0

**В течение первого года после окончания комбинированного лечения контрольное обследование следует проводить с периодичностью раз в**

- три месяца
- месяц
- полгода
- год

**После радикального лечения при раке грудного отдела пищевода основным фактором развития местного рецидива является**

- наличие опухолевого роста в крае резекции
- незавершенный курс предоперационного облучения
- неполный объем абдоминальной лимфодиссекции
- выраженная потеря массы до начала лечения

**Для мониторинга при лечении плоскоклеточного рака пищевода используют онкомаркеры**

- СА 72.4
- ПСА
- РЭА
- SCC

**При выявлении метастазов рака пищевода в шейно-надключичных лимфатических узлах после ранее проведенного радикального лечения, в первую очередь следует назначить**

- СА 72.4
- ПСА
- РЭА
- SCC

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщине 32 года. Впервые в жизни при обследовании выявлено узловое образование в щитовидной железе. Ранее по данному поводу к врачу не обращалась, не обследовалась, не лечилась.

### **Жалобы**

Активно жалоб не предъявляет

### **Анамнез заболевания**

Проходит обследование у гинеколога, планирует беременность. При осмотре

щитовидной железы выявлен узел в правой доле щитовидной железе. Ранее обследования по данному поводу не проводились. У эндокринолога не наблюдалась.

#### **Анамнез жизни**

\* хронических заболеваний нет \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей не имеет \* аллергологический анамнез не отягощен

#### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. + ECOG 0 + Телосложение нормостеническое. Рост 167см. Вес 61кг. + Кожные покровы чистые, физиологической окраски, умеренно-влажные. Ногти, волосы не изменены. В легких везикулярное дыхание. ЧДД 16/мин. АД 118/70 мм рт ст. Пульс 72 уд/мин. Периферических отеков нет. Клинический эутиреоз. Голос звучный. Statuslocalis: контуры шеи не изменены. Щитовидная железа не увеличена. При пальпации правая доля неоднородной консистенции, в области ее нижнего полюса определяется узел около 2,5 см в диаметре без четких контуров, смещаемый, безболезненный. Других явных изменений в железе при осмотре не выявлено. Лимфатические узлы шеи при осмотре и пальпации не увеличены.

**Выберите ведущий метод диагностики, необходимый для уточнения характера изменений в щитовидной железе и определения дальнейшей тактики ведения пациентки**

- СА 72.4
- ПСА
- РЭА
- SCC

#### **Результаты обследования**

**По данным ультразвукового исследования узловое образование в правой доле щитовидной железы соответствует TIRADS 5 и имеет размеры 27х23мм. При данной ультразвуковой картине дополнительно показано проведение**

- СА 72.4
- ПСА
- РЭА
- SCC

#### **Результаты обследования**

**На основании полученных данных пациентке установлен клинический диагноз**

- СА 72.4
- ПСА
- РЭА

- SCC

**Лечебной тактикой на первом этапе является**

- супрессивная терапия тироксином
- дистанционная лучевая терапия
- хирургическое вмешательство
- радиойодтерапия

**Пациентке показана операция в объеме**

- тиреоидэктомии с центральной шейной лимфодиссекцией
- тиреоидэктомии с правосторонней шейной лимфодиссекцией
- тиреоидэктомии
- гемитиреоидэктомии справа с резекцией перешейки

**Пациентке выполнена тиреоидэктомия. + По результатам морфологического исследования операционного материала: «...Правая доля щитовидной железы, размерами 4,5х3х2,5см, на разрезе в нижней части доли обнаружен узел с относительно четкими границами, в наибольшем измерении 26мм, белесоватого цвета; граница с капсулой железы макроскопически не определяется. ...Узел в правой доле щитовидной железы имеет строения папиллярного рака (классический вариант) с прорастанием капсулы щитовидной железы и очагами врастания в прилежащую жировую клетчатку, с опухолевыми эмболами в отдельных сосудах. Перешеек и левая доля железы обычного гистологического строения» На основании полученных гистологических данных установлен окончательный диагноз: Папиллярный рак щитовидной железы T3N0M0. Стадия I. Риск прогрессии у данной пациентки оценивается как**

- низкий
- умеренный
- высокий
- неопределенный

**При умеренном риске прогрессии высоко дифференцированного рака щитовидной железы, к которому отнесена данная пациентка, показано проведение**

- динамического контроля уровня нестимулированного тиреоглобулина сыворотки крови
- радиойодабляции/радиойодтерапии
- только заместительной терапии левотироксином
- динамического контроля уровня стимулированного тиреоглобулина сыворотки крови

**Пациентке должна быть назначена терапия тироксином в режиме**

- заместительном с низко-нормальными значениями ТТГ
- умеренном супрессивном
- супрессивном
- заместительном с умеренно-нормальными значениями ТТГ

**Целевые значения ТТГ для данной пациентки при умеренном супрессивном режиме терапии тироксином составляют + \_\_\_\_\_ + мЕд/л**

- 0,1–0,5
- 0,5 - 2
- 2 – 4,0
- <0,1

**В период диспансерного наблюдения за данной пациенткой в биохимических показателях требуется оценивать**

- антитела к тиреопероксидазе
- ТТГ, тиреоглобулин, антитела к тиреоглобулину
- кальцитонин, раково-эмбриональный антиген
- стимулированный тиреоглобулин

**Через 18 месяцев после завершения лечения у пациентки выявлено нарастание уровня тиреоглобулина за 6 месяцев до 5 нг/л, стимулированного тиреоглобулина до 68 нг/мл. По данным ультразвукового и рентгеновских методов исследований измеряемых очагов прогрессии не выявлено. Пациентке показана**

- супрессивная терапия левотироксином
- таргетная терапия лениватинибом
- таргетная терапия вандетанибом
- радиойодаблация/радиойодтерапия <sup>131</sup>

**При подготовке к радиойодаблации без применения рекомбинантного человеческого ТТГ необходимо изменить дозу тироксина**

- супрессивная терапия левотироксином
- таргетная терапия лениватинибом
- таргетная терапия вандетанибом
- радиойодаблация/радиойодтерапия <sup>131</sup>

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 40 лет обратилась к врачу-онкологу



## **Жалобы**

Рост на коже спины пигментного пятна в течение нескольких лет.

## **Анамнез заболевания**

Пациентка отмечает, что образование появилось около 5 лет назад как небольшая «родинка» и за прошедшие годы значительно увеличилась в размерах.

## **Анамнез жизни**

В анамнезе: \* многократные солнечные ожоги, в детском и взрослом возрасте. \* холецистэктомия в возрасте 35 лет по поводу острого калькулезного холецистита.

## **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 167 см. Температура тела 36,6°C. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. На поверхности кожи множественные пигментные элементы различного размера, от 1 мм до 1 см, гомогенной коричневой окраски. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин.  $PO_2$  98% \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

**К основным методам обследования для постановки диагноза относятся**

- супрессивная терапия левотироксином
- таргетная терапия ленватинибом
- таргетная терапия вандетанибом
- радиойодаблация/радиойодтерапия 131

## **Результаты обследования**

**Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- супрессивная терапия левотироксином
- таргетная терапия ленватинибом
- таргетная терапия вандетанибом
- радиойодаблация/радиойодтерапия 131

## **Результаты обследования**

### **Наиболее вероятным диагнозом является**

- супрессивная терапия левотироксином
- таргетная терапия ленватинибом
- таргетная терапия вандетанибом
- радиоiodабляция/радиоiodтерапия 131

### **Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- супрессивная терапия левотироксином
- таргетная терапия ленватинибом
- таргетная терапия вандетанибом
- радиоiodабляция/радиоiodтерапия 131

## **Результаты обследования**

### **Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях**

- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- «дневного стационара»
- амбулаторных (на дому)
- стационарных

### **Пациенту показано + \_\_\_\_\_ + лечение**

- химиотерапевтическое
- лучевое
- хирургическое
- химиолучевое

### **Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме**

- резексии послеоперационного рубца с отступом 3 и более см с пластикой
- резексии послеоперационного рубца с отступом 2 см
- профилактической регионарной лимфодиссекции
- резексии послеоперационного рубца с отступом от края рубца 1 см

### **К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся**

- муколитики
- антибиотики
- ингибиторы протонной помпы
- бронхолитики

**На основании данного гистологического заключения операционного материала: опухоль имеет строение меланомы кожи, толщиной по Бреслоу 1.0 мм, уровень инвазии по Кларку III, без изъязвления, в лимфатических узлах метастазов не выявлено. По классификации TNM у данного больного**

- T 1b N 0 M 0. Стадия Ia
- T 1a N 0 M 1. Стадия IV
- T 1b N 0 M 0. Стадия I b
- T 2a N 0 M 0. Стадия I b

**Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать**

- дистанционную лучевую терапию на зону удаленной опухоли
- адъювантную иммунотерапию препаратами рекомбинантных интерферонов
- динамическое наблюдение
- адъювантную химиотерапию

**К очевидным факторами риска развития меланомы кожи у данного пациента относят**

- промедление в обращении к онкологу
- возраст пациентки
- множественные солнечные ожоги
- калькулезный холецистит и холецистэктомия в анамнезе

**Наблюдение у районного онколога пациенту показано с периодичностью 1 раз в + \_\_\_\_\_ + затем ежегодно**

- промедление в обращении к онкологу
- возраст пациентки
- множественные солнечные ожоги
- калькулезный холецистит и холецистэктомия в анамнезе

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Л. 75 лет, обратилась к онкологу в районный онкодиспансер

### **Жалобы**

На наличие опухоли, занимающей половину левой молочной железы

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной около 1,5 лет, когда впервые самостоятельно обнаружила у себя опухоль в левой молочной железе. Никуда не обращалась, думала «рассосется». Однако, в течение последнего месяца при дотрагивании и натирании одеждой опухоль стала кровить.

### **Анамнез жизни**

\* Сопутствующая патология: Артериальная гипертензия, 2 степени, 2 стадии. Энцефалопатия смешанного генеза (в анамнезе динамическое нарушение мозгового кровообращения, без очагов в головном мозге). Калькулезный холецистит, вне обострения \* Опухолевые заболевания в семье: сестра погибла от рака молочной железы 6 лет назад. Имеет двух взрослых дочерей. \* Постменопауза 20 лет \* Аллергический анамнез: отрицает \* Профессиональные вредности: отсутствуют \* Вредные привычки: курила в молодости, сейчас не курит

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы розовые, сухие. Слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 150/90 мм рт.ст., ЧСС 73 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Стул регулярный.

### **Выберите необходимые для постановки диагноза методы обследования**

- промедление в обращении к онкологу
- возраст пациентки
- множественные солнечные ожоги
- калькулезный холецистит и холецистэктомия в анамнезе

### **Результаты обследования**

### **Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования**

- промедление в обращении к онкологу
- возраст пациентки
- множественные солнечные ожоги
- калькулезный холецистит и холецистэктомия в анамнезе

### **Результаты обследования**

### **Генетическое тестирование для данной пациентки**

- можно выполнить только по желанию пациентки
- показано
- проводить не нужно, у нее уже есть опухоль
- возможно, но необязательно

### **Проведено молекулярно-генетическое исследование: герминальных мутаций BRCA1/2, CHEK2 не выявлено. Генетическое тестирование для родственников пациентки**

- рекомендуется, учитываяотягощенный семейный анамнез
- обязательно только в случае наследования по мужской линии

- может быть рекомендовано только в определенном возрасте
- не обязательно, раз у пациентки анализ отрицательный

**С учетом данных комплексного обследования основным клиническим диагнозом будет + \_\_\_\_\_ + левой молочной железы**

- рекомендуется, учитываяотягощенный семейный анамнез
- обязательно только в случае наследования по мужской линии
- может быть рекомендовано только в определенном возрасте
- не обязательно, раз у пациентки анализ отрицательный

**Молекулярно-биологическим подтипом опухоли левой молочной железы является**

- HER-2 позитивный
- базалоидный
- люминальный А
- люминальный В HER-2 негативный

**На первом этапе комплексного лечения больной планируется лечение в объеме**

- лучевой терапии на опухоль слева и регионарные зоны на фоне цитостатической терапии
- молекулярно-направленного лечения эверолимусом
- неоадьювантной гормонотерапии
- симптоматической заживляющей терапии

**В качестве неоадьювантной гормонотерапии пациентке показано использование**

- таксанов
- инактиваторов эстрогеновых рецепторов
- ингибиторов ароматазы
- агонистов гонадотропин-рилизинг-гормонов и антиэстрогенов

**Оптимальный срок неоадьювантного лечения составляет + \_\_\_\_\_ + месяцев**

- 8
- 12
- 9
- 10

**Контроль эффективности проводимой терапии необходимо проводить**

- через 1 месяц
- в начале и в конце неоадьювантной терапии

- через 4 месяца
- 1 раз в 28 дней

**При достижении положительной динамики после неоадьювантного лечения вторым этапом для данной пациентки будет**

- хирургическое вмешательство
- полихимиотерапия по схеме АС 6 курсов
- полихимиотерапия по схеме АТ 6 курсов
- курс радикальной лучевой терапии

**Основным осложнением длительной гормонотерапии ингибиторами ароматазы является**

- хирургическое вмешательство
- полихимиотерапия по схеме АС 6 курсов
- полихимиотерапия по схеме АТ 6 курсов
- курс радикальной лучевой терапии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 53 лет направлен районным онкологом в МНИОИ им. П.А. Герцена

### **Жалобы**

Боли в эпигастральной области натошак, отрыжку, потерю веса на 3 кг за последний месяц

### **Анамнез заболевания**

В 20 лет был установлен диагноз гастрита. Не обследовался, лечения не получал. В течение последних 3 лет отмечал появление болей в эпигастрии весной. Около 2 месяцев назад боли в эпигастрии натошак стали носить постоянный характер, пациент отметил присоединение отрыжки, постепенную потерю веса, по поводу чего обратился к участковому терапевту. После осмотра была назначена ЭГДС, выявлено образование в желудке. Направлен к районному онкологу, после осмотра районным онкологом направлен в МНИОИ им. П.А. Герцена

### **Анамнез жизни**

\* В анамнезе гастрит в течение 30 лет. \* Алкоголем не злоупотребляет. \*

Профессиональных вредностей не имеет \* Аллергические реакции отсутствуют

### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 173 см. Температура тела 36,6° С. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \*

Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее не пальпируются. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе

половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. SpO2 98% \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 76 уд в мин, АД 140/85 мм.рт.ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации болезненный в эпигастральной области. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

**К основным методам обследования для постановки диагноза относятся**

- хирургическое вмешательство
- полихимиотерапия по схеме АС 6 курсов
- полихимиотерапия по схеме АТ 6 курсов
- курс радикальной лучевой терапии

**Результаты обследования**

**Наиболее информативным методом подтверждения диагноза является**

- хирургическое вмешательство
- полихимиотерапия по схеме АС 6 курсов
- полихимиотерапия по схеме АТ 6 курсов
- курс радикальной лучевой терапии

**Результат обследования**

**К наиболее вероятному диагнозу относится**

- хирургическое вмешательство
- полихимиотерапия по схеме АС 6 курсов
- полихимиотерапия по схеме АТ 6 курсов
- курс радикальной лучевой терапии

**Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- хирургическое вмешательство
- полихимиотерапия по схеме АС 6 курсов
- полихимиотерапия по схеме АТ 6 курсов
- курс радикальной лучевой терапии

**Результаты обследования**

**Дальнейшее лечение пациента должно проводиться в условиях**

- «дневного стационара»
- стационарных
- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- амбулаторных (на дому)

**Пациенту показано + \_\_\_\_\_ + лечение**

- химиотерапевтическое
- лучевое
- химиолучевое
- хирургическое

**Пациенту показано проведение лекарственной терапии в режиме**

- капецитабин, трастузумаб
- монотерапии паклитакселом
- FLOT (5-ФУ, лейковорин, оксалиплатин, доцетаксел)
- AC (доксорубицин, циклофосфан)

**К группе препаратов, обязательно применяемым при проведении режима FLOT, относятся**

- гепатопротекторы
- ингибиторы протонной помпы
- антибиотики
- дексаметазон

**В межкурсовом периоде пациенту необходимо контролировать**

- общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы
- ЭКГ
- общий анализ мочи
- коагулограмму

**Оптимальная длительность 1 линии терапии при раке желудка составляет**

- 9 месяцев
- один год
- 3 месяца
- 18 недель

**Целесообразно исследовать до начала химиотерапии и при последующем наблюдении в случае их исходного повышения опухолевые маркеры**

- S 100, СА 125
- NSE, хромогранин А
- ПСА, АФП
- РЭА, СА 72-4, СА 19-9



**При неудаленной первичной опухоли при отсутствии эффекта от проводимой лекарственной терапии характерны осложнения**

- S 100, CA 125
- NSE, хромогранин А
- ПСА, АФП
- РЭА, СА 72-4, СА 19-9

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 68 лет поступил в химиотерапевтическое отделение онкологического диспансера

### **Жалобы**

На кашель с трудно отделяемой мокротой, боли в спине

### **Анамнез заболевания**

В связи с вышеуказанными жалобами обратился к терапевту в поликлинику по месту жительства. Выполнена рентгенография позвоночника и грудной полости, выявлен компрессионный перелом Th6. С целью уточнения диагноза проведена КТ органов грудной полости, при которой в верхней доле правого легкого выявлено периферическое образование 43х56 мм, отмечено увеличение правых трехеобронхиальных л/у до 17х25 мм и правых бифуркационных л/у до 20х18 мм. Направлен в онкологический диспансер для дополнительного обследования и выработки тактики лечения. Выполнена сцинтиграфия костей скелета, КТ брюшной полости – отмечено накопление РФП в Th6, дополнительных зон поражения не зафиксировано

### **Анамнез жизни**

\* Хронический бронхит, лекарственные препараты не принимает. \* Алкоголем не злоупотребляет, курил в течение 15 лет не более 5 сигарет в день. Не курит 35 лет \* Профессиональных вредностей не имеет \* Аллергические реакции отсутствуют

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70. АД 130/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Стул с склонностью к запорам. Отмечается болезненность при пальпации в паравертебральной области на уровне Th5-Th8. Т тела 36,6° С. S тела 1,7 м<sup>2</sup>.

**Необходимыми для получения морфологического диагноза методами обследования являются**

- S 100, CA 125
- NSE, хромогранин А
- ПСА, АФП
- РЭА, СА 72-4, СА 19-9

## **Результаты обследования**

**Необходимыми дополнительными морфологическими методами исследования являются**

- S 100, CA 125
- NSE, хромогранин А
- ПСА, АФП
- РЭА, СА 72-4, СА 19-9

## **Результаты обследования**

**Опираясь на результаты обследования, можно установить диагноз (TNM8)**

- S 100, CA 125
- NSE, хромогранин А
- ПСА, АФП
- РЭА, СА 72-4, СА 19-9

**На первом этапе лечения необходимо рекомендовать**

- выполнение ортопедического пособия
- лобэктомию с лимфаденэктомией и последующей лучевой терапией на Th6
- проведение симптоматической терапии
- назначение химиотерапии, с купированием болевого синдрома при помощи ЛТ или анальгетиков

**Как основной вид противоопухолевого лечения рекомендована**

- таргетная терапия ингибиторами BRAF и MEK
- химиотерапия двойной комбинацией на основе платиновых производных
- лучевая терапия на все зоны поражения
- таргетная терапия ингибиторами тирозинкиназы

**В первой линии лекарственного лечения у этого пациента может быть использован**

- доцетаксел
- афатиниб
- траметиниб
- дабрафениб

**Таргетным препаратом, который относится к ингибиторам тирозинкиназы EGFR является**

- осимертиниб
- олапариб

- ипилимумаб
- вемурафениб

**Первая линия таргетной терапии при немелкоклеточном раке легкого может быть прекращена в случае**

- стабилизации заболевания в течении 3 и более месяцев с момента начала лечения
- системного или симптомного прогрессирования заболевания
- отсутствия токсических реакций
- уменьшения размеров метастатических очагов на 20%

**Наиболее характерным проявлением токсичности для ингибиторов тирозинкиназ рецептора EGFR, является**

- отек
- кожная токсичность (пустулезная сыпь)
- артериальная гипертензия
- потеря слуха

**Мутацией в гене EGFR, которую необходимо определять при системном прогрессировании опухолевого процесса на фоне приема ингибиторов тирозинкиназ 1 и 2 поколения, является**

- мутация в 18 экзоне
- T790M (20 экзон)
- делеция в 19 экзоне
- L858R (21 экзон)

**Опухолевыми маркерами, которые могут определяться при аденогенном раке легкого являются**

- СА 19-9
- АФП
- РЭА, СА 125, CYFRA 21-1
- ПСА

**При аденокарциноме легкого применение монотерапии пембролизумабом в 1 линии лечения рекомендовано при уровне экспрессии PD-L1 + \_\_\_\_\_ + %**

- СА 19-9
- АФП
- РЭА, СА 125, CYFRA 21-1
- ПСА

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Больная Л. 35 лет обратилась к онкологу в клинику в январе 20... года

## **Жалобы**

На наличие опухоли в правой молочной железе

## **Анамнез заболевания**

Считает себя больной около года, когда впервые самостоятельно обнаружила уплотнение в правой молочной железе. К врачу не обращалась. Около 2 мес. назад заметила увеличение левых подмышечных лимфатических узлов.

Обратилась в поликлинику по месту жительства, была направлена в онкологический научный центр.

## **Анамнез жизни**

\* Сопутствующая патология: гепатит С. \* Опухолевые заболевания в семье: у тети по материнской линии рак молочной железы \* Родов не было, 3 аборта. \* Менструации регулярные, с 12 лет, цикл 28 дней. \* Аллергический анамнез: отрицает. \* Профессиональные вредности отсутствуют. \* Вредные привычки: курит по 10 сигарет в день.

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы розовые, сухие. Слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 115/75 мм рт.ст., ЧСС 72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Стул регулярный St.localis: молочные железы симметричны, соски и ареолы не изменены, выделений из сосков нет. Пальпаторно в верхне-наружном квадранте правой молочной железы пальпируется участок уплотнения без четких контуров около 2,5 см. В ткани левой молочной железы узловые образования не определяются. В обеих аксиллярных зонах пальпируются плотно-эластические лимфатические узлы до 1,5 см. Над-подключичные лимфатические узлы с обеих сторон не увеличены.

## **Выберите необходимые для постановки диагноза методы обследования**

- СА 19-9
- АФП
- РЭА, СА 125, CYFRA 21-1
- ПСА

## **Результаты обследования**

## **Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования**

- СА 19-9
- АФП
- РЭА, СА 125, CYFRA 21-1
- ПСА

## **Результаты обследования**

### **Генетическое тестирование пациентке**

- можно провести только по желанию пациентки
- показано
- не нужно, у нее уже есть опухоль
- возможно, но необязательно

### **С учетом данных комплексного обследования основным клиническим диагнозом будет: Рак правой молочной железы**

- можно провести только по желанию пациентки
- показано
- не нужно, у нее уже есть опухоль
- возможно, но необязательно

### **Молекулярно-биологическим подтипом опухоли правой молочной железы является**

- люминальный В HER-2 негативный
- люминальный А
- базалоидный
- Claudin-low

### **На первом этапе комплексного лечения больной планируется лечение в объеме**

- операции+лучевой терапии
- полихимиотерапии
- гормонотерапии до прогрессирования
- операции+химиотерапии

### **В неоадьювантном режиме предпочтительнее химиотерапия по схеме**

- 4 цикла Т (Доцетаксел или Паклитаксел)→ 4CAF
- 4 цикла CAF→ 4 плитаксел (еженедельно)
- 4 цикла AC→ 4 Доцетаксел (или 12 Паклитаксела еженедельно)
- 6 циклов AC → 4 Доцетаксел (1 раз в 3 нед.)

**Пациентке проведено 4 цикла полихимиотерапии по схеме AC и 4 цикла Доцетаксела. При контрольном маммографическом и УЗИ исследовании: опухоль в правой молочной железе не определяется, зона микрокальцинатов и лимфатические узлы без динамики. На следующем этапе лечения пациентке показано проведение**

- двухсторонней подкожной мастэктомии с протезированием и биопсией сигнальных лимфатических узлов с обеих сторон

- радикальной резекции справа и подмышечной лимфаденэктомии слева
- двухсторонней радикальной мастэктомии
- радикальной подкожной мастэктомии справа +реконструкцией эндопротезом и подмышечной лимфаденэктомии слева

**Получен результат гистологического исследования операционного материала: опухоль в молочной железе не определяется (4 степень лечебного патоморфоза). В лимфатических узлах (в 12 справа и в 7 слева) аналогичная морфологическая картина. На следующем этапе комплексного лечения в первую очередь больной необходимо провести**

- адъювантную гормонотерапию
- таргетную терапию
- лучевую терапию
- адъювантную химиотерапию

**В послеоперационном периоде пациентка получила лучевую терапию на правую половину грудной стенки, правую и левую аксиллярные зоны РОД 2 гр до СОД 48 гр. В последующем целесообразно назначение гормонотерапии**

- ингибиторами ароматазы и тамоксифеном
- ингибиторами ароматазы
- агонистами рилизинг факторов
- тамоксифеном

**Использование тамоксифена в данном случае наиболее оптимально**

- более 10 лет
- до прогрессирования заболевания
- до 10 лет
- до 7 лет

**Пациентка продолжает лечение тамоксифеном. При контрольном обследовании в 2018 году - без прогрессирования заболевания. При оценке эстетического результата проведенной операции отмечается асимметрия молочных желез, выраженный птоз левой молочной железы. Пациентка высказывает неудовлетворенность полученным результатом. Ей рекомендовано**

- более 10 лет
- до прогрессирования заболевания
- до 10 лет
- до 7 лет

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Больной В. 55 лет обратился на прием к терапевту

## **Жалобы**

на общую слабость, ноющие боли в эпигастральной области, чувство тяжести после еды, тошноту, эпизодическую рвоту ранее съеденной пищей

## **Анамнез заболевания**

Считает себя больным в течение последних 2 месяцев, когда впервые отметил общую слабость, чувство тяжести после приема пищи, самостоятельно принимал спазмолитические и ферментные препараты с незначительным положительным эффектом. В связи с нарастанием болевого синдрома, присоединением рвоты после приема пищи обратился за медицинской помощью. Похудел на 10 кг в течение 3 месяцев.

## **Анамнез жизни**

В 25-летнем возрасте перенес аппендицит. Травма кисти. Тяжелые сопутствующие заболевания отрицает. Периодически отмечал боли в желудке на фоне нерегулярного питания. Не обследовался и не лечился. Курит с 18 лет до одной пачки в день. Отец пациента умер от рака желудка. По профессии – строитель.

## **Объективный статус**

При осмотре: больной пониженного питания, рост 168 см, вес 53 кг. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности, тургор кожи несколько снижен. Тоны сердца приглушены, АД 115/70 мм рт. ст., пульс 80 уд/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. В мезогастральной области выслушивается шум «плеска».

## **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- более 10 лет
- до прогрессирования заболевания
- до 10 лет
- до 7 лет

## **Результаты лабораторных методов обследования**

## **Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- более 10 лет
- до прогрессирования заболевания
- до 10 лет
- до 7 лет

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**Данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз**

- более 10 лет
- до прогрессирования заболевания
- до 10 лет
- до 7 лет

**При раке желудка наиболее частым гистологическим вариантом опухоли является + \_\_\_\_\_ + рак**

- смешанный железисто-плоскоклеточный
- плоскоклеточный
- переходноклеточный
- железистый

**На первом этапе лечения больному показано**

- выполнение хирургического лечения
- проведение лекарственной терапии
- проведение лучевой терапии
- проведение химиолучевой терапии

**При поражении опухолью только антрального отдела желудка и кишечном гистологическом типе по Lauren (умеренно-дифференцированная аденокарцинома G2), объемом вмешательства на желудке у пациента является**

- гастрэктомия
- формирование обходного гастроэнтероанастомоза
- дистальная субтотальная резекция желудка
- проксимальная субтотальная резекция желудка

**Пациенту показан объем лимфаденэктомии**

- D3
- 2F
- D1
- D2

**В случае интраоперационного выявления карциноматоза брюшины или множественных метастазов в печени, пациенту будет показано выполнение**

- дистальной субтотальной резекции желудка, лимфаденэктомии D2
- дистальной субтотальной резекции желудка, лимфаденэктомии D2 с проведением внутрибрюшной интраоперационной химиотерапии
- гастроеюностомии



- комбинированного хирургического лечения с иссечением отдаленных метастазов

**При метастатическом поражении 5 регионарных лимфоузлов по данным гистологического исследования операционного материала при отсутствии противопоказаний, методом послеоперационного лечения для пациента является**

- гипертермическая внутрибрюшная химиотерапия
- адъювантная химиотерапия
- послеоперационная лучевая терапия
- строгое динамическое наблюдение

**После хирургического лечения проводить контрольное обследование в течение первого года следует с периодичностью один раз в**

- год
- три месяца
- полгода
- месяц

**При выборе схемы лекарственной терапии метастатического рака желудка необходимо учитывать**

- HER-2 статус опухоли
- рецепторы половых гормонов
- наличие мутации гена KRAS
- наличие *Helicobacter pylori*

**При лабораторной диагностике рака желудка используют онкомаркер**

- HER-2 статус опухоли
- рецепторы половых гормонов
- наличие мутации гена KRAS
- наличие *Helicobacter pylori*

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 37 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра.

### **Жалобы**

на умеренно выраженные головные боли, речевые нарушения, на шум в ушах.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной около 6 месяцев, когда появились жалобы на умеренно выраженные головные боли, речевые нарушения, шум в ушах. Самостоятельно

обратилась в диагностический МРТ-центр, где была выполнена МРТ головного мозга с контрастным усилением и выявлено объемное образование в левой лобно-височной области головного мозга. При комплексном обследовании (рентгенологическое исследование органов грудной клетки, комплексное УЗИ) патологии не выявлено. Пациентка направлена в онкологический центр. Консультирована нейрохирургом-онкологом, рекомендовано динамическое наблюдение, прием антиконвульсантов (повторное исследование через 3 месяца). Согласно рекомендациям специалиста через 3 месяца выполнено повторное МРТ исследование головного мозга, отмечена стабилизация процесса, жалобы на указанный период времени сохраняются. Пациентка направлена на повторную консультацию в онкологический центр.

### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания: хронический холецистит. \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей нет \* аллергические реакции на медикаменты отрицает \* опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 80 %. ECOG - 2. Вес 65 кг, рост 168 см. Температура тела 36,2 °С. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Данные осмотра молочных желез: без патологических особенностей. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются.

Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. +

Неврологический статус : Сознание ясное. Умеренно выраженные головные боли, чаще в утреннее время суток (общемозговая симптоматика). Движение глаз: нарушений нет. Конвергенция не нарушена. Аккомодация содружественная справа, содружественная слева. Снижения чувствительности на лице нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет. Нарушений чувствительности нет. Элементы сенсомоторной афазии. Суставно-мышечное чувство сохранено. Двигательные функции не нарушены. Мышечный тонус не изменен. Мозжечковые функции не нарушены. Сухожильные и периостальные рефлексy не изменены, равномерны. Менингеальные симптомы отрицательные.

### **Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- HER-2 статус опухоли
- рецепторы половых гормонов
- наличие мутации гена KRAS
- наличие Helicobacter pylori

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**Данной больной на основании проведенного обследования можно поставить диагноз**

- HER-2 статус опухоли
- рецепторы половых гормонов
- наличие мутации гена KRAS
- наличие *Helicobacter pylori*

**Для верификации диагноза необходимо**

- проведение ПЭТ/КТ головы с [18F]-фтордезоксиглюкозой (18F-ФДГ)
- МР-диффузия всего тела
- морфологическое исследование
- анализ крови на онкомаркеры

**Дальнейшей тактикой является**

- МРТ головного мозга
- КТ головного мозга
- консультация невролога
- хирургическое лечение

**Вторым этапом лечения пациентки будет**

- стереотаксическая радиохирургия
- иммунотерапия
- назначение кортикостероидов
- лучевая терапия

**На 3-м этапе лечения пациентке следует рекомендовать**

- таргетную терапию
- химиотерапию
- противосудорожную терапию
- динамическое наблюдение

**Оценка эффекта лекарственного лечения**

- проводится один раз в 6 месяцев
- проводится на основании данных осмотра окулиста
- проводится один раз в год
- заключается в проведении контрольных МРТ каждые 2-3 месяца в течение 2-3 лет

**Методом лечения пациентки при прогрессировании заболевания является**

- локальная лучевая терапия (радиохирургия/радиотерапия)
- проведение еще 2-х курсов химиотерапии по прежней схеме с последующей оценкой эффекта
- 2-я линия химиотерапии
- симптоматическая терапия (кортикостероиды)

**После проведения комплексного лечения (хирургическое, лучевое, лекарственное) при подозрении на рецидив (по данным МРТ) рекомендовано**

- проведение КТ головного мозга
- исследование ПЭТ с метионином
- проведение церебральной ангиографии
- динамическое наблюдение

**Для пациентов преклонного возраста и пациентов с низким индексом Карновского основные стандарты лечения так же поддерживают**

- комплексное лечение первичных опухолей головного мозга
- только симптоматическое лечение
- только лучевую терапию
- комбинированное лечение: хирургическое в сочетании с лучевой или химиотерапией

**Назначаемой медикаментозной сопроводительной терапией является**

- противоотечная терапия
- гипотензивная терапия
- инсулинотерапия
- назначение гепатопротекторов

**Проведение антикоагулянтной терапии в периоперационном периоде рекомендовано**

- противоотечная терапия
- гипотензивная терапия
- инсулинотерапия
- назначение гепатопротекторов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 62 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра.

## **Жалобы**

на умеренно выраженные головные боли, нарушение движений в левых конечностях, нарушение бокового зрения слева.

## **Анамнез заболевания**

Со слов больной около двух недель назад появились жалобы на головные боли, нарушение движений в левых конечностях. Обратилась самостоятельно в ГКБ г.Мытищи в травматологическое отделение, куда была госпитализирована и обследована. 13.11.2014 г выполнено КТ головного мозга, при котором выявлено объемное образование правой височной доли головного мозга с зоной перифокального отека мозгового вещества, размерами 7,2х4,9х6,3 см. В отделении проводилась симптоматическая терапия (противоотечная) на фоне которой отмечено некоторое улучшение состояния. Выписана из больницы 18.11.2014 г с рекомендацией консультации в профильном учреждении. Пациентка направлена на консультацию в онкологический центр.

## **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания: Сахарный диабет 2 типа. ИБС.

Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты. Гипертоническая болезнь 1 ст. 2ст. риск 3. \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей нет \* аллергические реакции на медикаменты отрицает \* опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен.

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 80 %. ECOG - 2. Вес 84 кг, рост 160 см. Температура тела 36,5 °С. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Данные осмотра молочных желез: без патологических особенностей. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80/мин, АД 130/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются.

Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный.

Неврологический статус: Сознание ясное. Умеренно выраженные головные боли, чаще в утреннее и вечернее время суток (общемозговая симптоматика).

Правша. Движение глаз: нарушений нет. Левосторонняя гемианопсия.

Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Нарушения мимики нет.

Симптомов орального автоматизма нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет.

Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушены. Двигательные функции: левосторонний гемипарез силой 3,5-4 баллов. Мышечный тонус не изменен. Менингеальный синдром отрицательный. Высшие корковые функции не нарушены.

## **Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- противоотечная терапия
- гипотензивная терапия

- инсулинотерапия
- назначение гепатопротекторов

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Данной больной на основании анамнеза заболевания и проведенного обследования может быть поставлен диагноз**

- противоотечная терапия
- гипотензивная терапия
- инсулинотерапия
- назначение гепатопротекторов

### **Для верификации диагноза необходимо**

- цитологическое исследование опухоли
- морфологическое исследование
- МР-ангиография
- консультация невролога

### **Выбором тактики лечения пациентки будет**

- хирургическое лечение
- стереотаксическая биопсия опухоли
- назначение глюкокортикостероидов
- лучевая терапия

### **На втором этапе лечения пациентки будет проведена**

- антиконвульсантная терапия (депакин хроно 500 мг 2 раза в сутки, внутрь, в течение 3 месяцев)
- лучевая терапия на весь объем головного мозга (СОД 30Гр.)
- лучевая терапия на ложе удаленной опухоли
- таргетная терапия (Авастин (Бевацизумаб)-5 мг/кг внутривенно 1 раз в 2 недели, в течение 6 месяцев)

### **На 3-м этапе пациентке следует рекомендовать**

- динамическое наблюдение
- противосудорожную терапию
- 4–6 курсов адъювантной платиносодержащей химиотерапии
- химиотерапию

### **Оценка эффекта лекарственного лечения**

- проводится один раз в год
- проводится на основании данных осмотра невролога
- рекомендована только при появлении неврологического дефицита

- заключается в проведении контрольных МРТ каждые 2-3 месяца в течение 2-3 лет

#### **Методом лечения при прогрессировании заболевания является**

- 2-я линия химиотерапии
- динамическое наблюдение
- назначение кортикостероидов
- противосудорожная терапия

#### **Методом дифференциальной диагностики при прогрессировании процесса в головном мозге (продолженный рост опухоли) является**

- КТ головного мозга с контрастным усилением
- МР-диффузия всего тела
- динамическое наблюдение
- ПЭТ с метионином

#### **Стереотаксическая биопсия опухоли**

- проводится всем пациентам с подозрением на опухолевое поражение головного мозга для определения тактики лечения пациентов
- проводится в случае Мультифокального поражения, диффузного характера роста опухоли, двухсторонней локализации с вовлечением мозолистого тела, поражения срединных структур
- не является стандартным методом при постановке диагноза глиобластомы, так как не является абсолютно информативным методом
- проводится только при метастатическом поражении ЦНС, так как при первичных опухолях головного мозга рекомендовано субтотальное или тотальное удаление опухоли

#### **Дифференциальный диагноз следует проводить с**

- церебральными метастазами
- менингиомой
- артео-венозной мальформацией
- невриномой

#### **К клиническим признакам и симптомам относят**

- церебральными метастазами
- менингиомой
- артео-венозной мальформацией
- невриномой

### **Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Женщина 38 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра.

## **Жалобы**

на общую слабость, головокружение, шаткость походки.

## **Анамнез заболевания**

В 1998 году диагностирован рак щитовидной железы T2N1M0.

[underline]#Проведено лечение:# 28.07.1998 г выполнена субтотальная резекция щитовидной железы. Футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи справа.

Гистологическое заключение: медуллярный рак с врастанием в сосуды шеи. В лимфоузлах шеи метастазы рака. + С 26.08.1988 г по 23.09.1998 г проведена лучевая терапия на лимфатические узлы шеи, щитовидную железу, переднее средостение СОД-40 Гр. + С 08.10.1998 г по 27.10.1998 г проведена лучевая терапия на область щитовидной железы СОД-60 Гр. + 18.03.1999 г вновь обратилась в онкологический диспансер с жалобами на уплотнение в области

шеи. [underline]#Проведено лечение:# 07.04.1999 г футлярно-фасциальное иссечение клетчатки шеи слева. Гистологическое заключение: метастаз медуллярного рака. + 14.07.2006 г вновь обратилась в онкологический диспансер с жалобами на увеличение размера живота. + 27.07.2006 г выполнено УЗИ органов брюшной полости и малого таза, выявлены УЗИ-признаки асцита, опухоли правого яичника, кальцинаты правой доли печени.

[underline]#Проведено лечение:# 14.08.2006 г экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника. + Гистологическое заключение: метастаз медуллярного рака в яичник. 06.09.2006 г., + 12.10.2006 г пациентке проведено 2 курса ПХТ по схеме: доксорубин (СД=100 мг) + цисплатин (СД=150 мг). При контрольном обследовании от 20.12.2006 г прогрессирование заболевания:

множественные метастазы в печени, отрицательная динамика. + 15.09.2016 г обратилась в онкологический диспансер с жалобами на слабость в правой руке, общее недомогание. [underline]#Проведено обследование:# 15.09.2016 г КТ органов грудной клетки: легочные поля умеренно эмфизематозные, легочный рисунок фиброзно изменен, по легочным полям очаговые изменения от 0,3 до 1,63 см с неровными контурами (в количестве ~33) больше в верхних долях (мтс). Деструктивные изменения в левой ключице, передних отделах 5 ребра метастаз. + 22.09.2016 г КТ органов брюшной полости: метастазы в печени. + 22.09.2016 г остеосцинтиграфия: очаги патологической гиперфиксации РФП в костях свода черепа (теменная область справа), в левой ключице, в ребрах с обеих сторон, в грудном отделе позвоночника, в верхней трети правой плечевой кости, в подвздошных костях, в проекции проксимального метадиафиза правой большеберцовой кости. Сцинтиграфические признаки характерны для очагового поражения костной системы вторичного характера. Пациентка консультирована химиотерапевтом, рекомендовано лекарственное противоопухолевое лечение: бисфосфонаты, МХТ по схеме: гемцитабин. + Пациентке проведено 4 курса МХТ гемцитабином, получала лечение бисфосфонатами. В марте 2017 года появились жалобы на общую слабость, головокружение, шаткость походки. +



Пациентка направлена в поликлинику онкологического центра, индекс Карновского 70% на момент обращения.

### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания: хронический гастрит. \* не курит, алкоголем не злоупотребляет. \* профессиональных вредностей нет. \* аллергические реакции на медикаменты отрицает. \* опухолевые заболевания в семье: онкоанамнезотягощен по следующим заболеваниям: рак легкого, рак пищевода.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 78 кг, рост 167 см. Температура тела 35,1 °С. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Данные осмотра молочных желез: без патологических особенностей. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 96/мин, АД 135/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются.

Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный.

Неврологический статус: сознание ясное. Ориентирована во времени, пространстве и собственной личности. Умеренно выраженная головная боль. Тошноты, рвоты нет. ЧМН: зрачки Д=С, округлой формы, анизокории нет. Лицо симметрично. Глоточный рефлекс живой. Язык по средней линии. Двигательная сфера: без патологии. Сухожильные рефлексy Д=С, средней живости.

Суставно-мышечное чувство сохранено. Системное головокружение и атаксия. Координаторные пробы выполняет с промахиванием с двух сторон.

Менингеальные симптомы отрицательные. Высшие корковые функции не нарушены.

### **Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- церебральными метастазами
- менингиомой
- артео-венозной мальформацией
- невриномой

### **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования**

- церебральными метастазами
- менингиомой
- артео-венозной мальформацией
- невриномой

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**Какой диагноз можно поставить данной больной на основании анамнеза заболевания и проведенного комплексного обследования?**

- церебральными метастазами
- менингиомой
- артео-венозной мальформацией
- невриномой

**Для верификации диагноза необходимо**

- нейрохирургическое вмешательство с удалением симптомного метастаза) и морфологическим подтверждением его для определения тактики дальнейшего лечения
- взять анализ крови на АФП
- взять анализ крови на Ca125, Ca153
- установка дренажа Оммаи в кистозный метастаз с последующим дренированием кистозной жидкости и цитологическим исследованием материала

**Предпочтительно на первом этапе проведение**

- противосудорожной терапии (карбамазепин по 200 мг 3 раза в сутки, внутрь, в течение 1 года)
- симптоматической лекарственной терапии (назначение глюкокортикостероидной терапии)
- радиоiodтерапии в сочетании с таргетной терапией
- хирургического лечения (удаление симптомного метастаза из мозжечка)

**Дальнейшую тактику лечения будет определять**

- биохимический анализ крови
- заключение невролога
- офтальмологический осмотр
- заключение консилиума после получения результатов гистологического исследования

**Вторым этапом лечения является**

- гепаринотерапия
- облучение всего головного мозга
- противосудорожная терапия
- назначение кортикостероидов

**Проведение противоопухолевой лекарственной терапии в данном случае**

- не показано

- рекомендовано
- рекомендовано на фоне противосудорожной терапии
- рекомендовано на фоне кортикостероидов

### **Проведение реабилитации пациентке после противоопухолевого лечения**

- рекомендовано только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- нецелесообразно
- рекомендовано
- рекомендовано при стойком неврологическом дефиците

### **Диспансерное наблюдение после окончания лечения проводится**

- каждые 2–3 месяца
- один раз в 6 месяцев
- каждые 1,5- 2 года
- один раз в 12 месяцев

### **Противоопухолевым лечение в данном случае является**

- проведение химиолучевой терапии
- лучевая терапия
- хирургическое лечение по жизненным показаниям
- симптоматическое лечение с учетом распространенности процесса

### **Целью консультации офтальмолога у пациентов с метастатическим поражением головного мозга является**

- проведение химиолучевой терапии
- лучевая терапия
- хирургическое лечение по жизненным показаниям
- симптоматическое лечение с учетом распространенности процесса

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 55 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

### **Жалобы**

на умеренно выраженные головные боли, расстройство памяти

### **Анамнез заболевания**

В 2010 году диагностирован рак яичников T1CN0M0. Проведено лечение: + 28.07.2010 года экстирпация матки с придатками, резекция большого сальника. Гистологическое заключение: серозная папиллярная цистаденокарцинома. Далее проведено 6 курсов ПХТ по схеме: Паклитаксел +Карбоплатин до декабря 2010 года. Прогрессирование заболевания в феврале 2012 года:

метастазы в подмышечные лимфоузлы слева (верифицированные), надключичные лимфоузлы. Проведено лечение: + с 01.03.2012 г. по 21.06.2012 г. 6 курсов химиотерапии по схеме: Йонделис  $0.9 \text{ мг/м}^2$  (СД=1.52мг) + Цисплатин  $65 \text{ мг/м}^2$  (СД=110мг). Прогрессирование заболевания в июле 2014 года: метастазы в подмышечных лимфоузлах слева. Проведено лечение: + 01.08.2014 г. хирургическое: подмышечная и подлопаточная лимфаденэктомия. Гистологическое исследование: 2 лимфоузла, тотально замещенные метастазами серозного рака. Далее с 20.08.2014 г. по 17.12.2014 г. проведено 6 курсов ПХТ по схеме: Паклитаксел + Карбоплатин. Прогрессирование заболевания в октябре 2015 года: метастазы в шейных лимфоузлах слева. Проведено лечение: + с 29.10.2015 г. по 25.11.2015 г. проведен курс конформной дистанционной лучевой терапии на: 1) левую шейно-надключичную область: РОД-3 Гр, СОД-45 Гр.; локально на пораженные лимфоузлы: РОД-3Гр, СОД-57 Гр (70 иГр). Прогрессирование заболевания в мае 2016 года: метастазы в шейно-надключичных лимфоузлах. Проведено лечение: + с 12.05.2016 г. по 23.12.2016 г. 9 курсов ПХТ: Гемзар –  $800 \text{ мг/м}^2$  ( $1400 \text{ мг}$  в сутки) в 1 и 8 дни, в/в+Цисплатин- $75 \text{ мг/м}^2$  ( $130 \text{ мг}$  в сутки) в 1 день, в/в. В ноябре 2017 года появились жалобы на расстройство памяти, умеренно выраженные головные боли. После консультации невролога в поликлинике по месту жительства было выполнено КТ исследование головного мозга, при котором выявлено образование (вероятнее всего вторичного генеза, с учетом анамнеза заболевания) в правой височной доле головного мозга. Дополнительно проведено комплексное обследование: рентгенологическое исследование органов грудной клетки, анализ крови на онкомаркер СА 125, УЗИ органов брюшной полости, забрюшинного пространства, органов малого таза, всех групп лимфоузлов. Патологии по другим органам при обследовании не выявлено. Больная направлена в поликлинику онкологического центра, индекс Карновского 70 % на момент обращения.

#### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания: хронический гастрит. \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей нет \* аллергические реакции на медикаменты отрицает \* опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен.

#### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 70 кг, рост 151 см. Температура тела  $36,6^{\circ}\text{C}$ . Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Данные осмотра молочных желез: без патологических особенностей. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный.

Неврологический статус : Сознание ясное. Когнитивные нарушения в виде

расстройства памяти. Умеренно выраженные головные боли. Движение глаз: нарушений нет. Конвергенция не нарушена. Аккомодация содружественная справа, содружественная слева. Снижение чувствительности на лице нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет. Нарушений чувствительности нет. Суставно-мышечное чувство сохранено. Двигательные функции не нарушены. Мышечный тонус не изменен. Мозжечковые функции не нарушены. Сухожильные и периостальные рефлексy не изменены, равномерны. Менингеальные симптомы отрицательные

**Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- проведение химиолучевой терапии
- лучевая терапия
- хирургическое лечение по жизненным показаниям
- симптоматическое лечение с учетом распространенности процесса

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования**

- проведение химиолучевой терапии
- лучевая терапия
- хирургическое лечение по жизненным показаниям
- симптоматическое лечение с учетом распространенности процесса

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Какой диагноз можно поставить данной больной на основании анамнеза и проведенного обследования?**

- проведение химиолучевой терапии
- лучевая терапия
- хирургическое лечение по жизненным показаниям
- симптоматическое лечение с учетом распространенности процесса

**Для верификации диагноза необходимо провести**

- анализ крови на SCC
- стереотаксическую биопсию опухоли
- морфологическое исследование
- ПЭТ/КТ головы с [18F]-фтордезоксиглюкозой (18F-ФДГ)

**Выбор тактики лечения пациентки определяется на основании**

- проведения химиотерапии
- электроэнцефалограммы

- консультации гинеколога
- КТ головного мозга с контрастным усилением

**На 1-ом этапе противоопухолевого лечения пациентке показано назначение**

- химиотерапевтического лечения
- циторедуктивной операции
- стереотаксической радиохирургии на область церебрального метастаза
- кортикостероидов

**Оценка эффекта лекарственного лечения проводится**

- каждые 2–3 месяца
- на основании данных осмотра невролога
- один раз в 6 месяцев
- после каждого курса химиотерапии

**Методом лечения при прогрессировании процесса в головном мозге (увеличение размеров церебрального метастаза) является**

- локальная лучевая терапия (радиохирургия/радиотерапия)
- проведение еще 2-х курсов химиотерапии по прежней схеме с последующей оценкой эффекта
- применение кортикостероидов
- хирургический

**После проведения хирургического лечения (удаления метастаза) на следующем этапе лечения следует рекомендовать**

- назначение кортикостероидов
- противосудорожную терапию
- динамическое наблюдение
- лучевую терапию

**Диспансерное наблюдение пациента после окончания лечения проводится**

- один раз в год в течение 5 лет, далее 1 раз в 3 года
- В первые 1–2 года — каждые 3 месяца, в 3–5-й годы — 1 раз в 6 месяцев
- в первые 1–2 года — каждые 6 месяцев, в 3–5-й годы — 1 раз в год
- только при ухудшении состояния пациента

**Осложнениями возникающими при длительном приеме глюкокортикостероидов являются**

- гипогликемия, повышение уровня печеночных ферментов, снижение уровня креатинина, снижение уровня общего белка
- панкреатит, рефлюкс-эзофагит, гастродуоденит, калькулезный холецистит, ишемический колит

- «Стероидные язвы», синдром Иценко-Кушинга, инфекционные осложнения, гипергликемия
- полинейропатия, триада Хакима-Адамса, окклюзионная гидроцефалия, спондилолистез, снижение церебральной перфузии, энцефалопатия

**Профилактикой осложнений при длительном приеме глюкокортикостероидов является**

- гипогликемия, повышение уровня печеночных ферментов, снижение уровня креатинина, снижение уровня общего белка
- панкреатит, рефлюкс-эзофагит, гастродуоденит, калькулезный холецистит, ишемический колит
- «Стероидные язвы», синдром Иценко-Кушинга, инфекционные осложнения, гипергликемия
- полинейропатия, триада Хакима-Адамса, окклюзионная гидроцефалия, спондилолистез, снижение церебральной перфузии, энцефалопатия

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Д. 64 лет обратилась в клинику к онкологу.

### **Жалобы**

на узловое образование в левой молочной железе.

### **Анамнез заболевания**

Две недели назад самостоятельно обнаружила новообразование в левой молочной железе.

### **Анамнез жизни**

Сопутствующая патология: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Артериальная гипертензия, 2 стадии, 2 степени. Варикозная болезнь нижних конечностей. Тромбоз суральной вены левой ноги (в декабре 2017г.), состояние после хирургического лечения. + Семейный анамнез: у отца рак прямой кишки; Замужем. Двое детей. + Постменопауза с 50 лет; + Аллергический анамнез: отрицает; + Профессиональные вредности отсутствуют; + Вредные привычки: отрицает.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые. Слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 145/80 мм рт.ст., ЧСС 72 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Стул регулярный. St.localis: Молочные железы не деформированы. Кожа, соски, ареолы не изменены. Выделений из сосков на момент осмотра нет. В левой молочной железе в верхне-наружном квадранте пальпируется безболезненное, плотной консистенции, без четких границ, ограниченно подвижное узловое образование, размером около 2,5х3,0 см. Кожных симптомов нет. В правой молочной железе узловые образования не

определяются. В левой подмышечной области пальпируется увеличенный плотноэластический лимфоузел до 1,5 см, остальные регионарные лимфоузлы с обеих сторон не увеличены.

**Выберите необходимые в первую очередь для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- гипогликемия, повышение уровня печеночных ферментов, снижение уровня креатинина, снижение уровня общего белка
- панкреатит, рефлюкс-эзофагит, гастродуоденит, калькулезный холецистит, ишемический колит
- «Стероидные язвы», синдром Иценко-Кушинга, инфекционные осложнения, гипергликемия
- полинейропатия, триада Хакима-Адамса, окклюзионная гидроцефалия, спондилолистез, снижение церебральной перфузии, энцефалопатия

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования**

- гипогликемия, повышение уровня печеночных ферментов, снижение уровня креатинина, снижение уровня общего белка
- панкреатит, рефлюкс-эзофагит, гастродуоденит, калькулезный холецистит, ишемический колит
- «Стероидные язвы», синдром Иценко-Кушинга, инфекционные осложнения, гипергликемия
- полинейропатия, триада Хакима-Адамса, окклюзионная гидроцефалия, спондилолистез, снижение церебральной перфузии, энцефалопатия

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Для верификации диагноза необходимо**

- цитологическое исследование мазков-отпечатков с левого соска
- выполнение анализов крови на онкомаркер СА15-3
- выполнение маммографии с томосинтезом
- морфологическое исследование новообразования

**Предполагаемым основным диагнозом является + \_\_\_\_\_ + левой молочной железы**

- цитологическое исследование мазков-отпечатков с левого соска
- выполнение анализов крови на онкомаркер СА15-3
- выполнение маммографии с томосинтезом
- морфологическое исследование новообразования



**По данным гистологического исследования материала кор-биопсии подтверждена злокачественная природа опухоли. Дальнейшее лечение пациентки должно проводиться в условиях**

- стационарных «одного дня»
- стационарных (онкохирургическое или химиотерапевтическое отделение)
- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- амбулаторных (на дому)

**На 1-ом этапе лечения пациентке предпочтительнее выполнить**

- лучевую терапию
- хирургическое лечение
- химиотерапию
- химио-гормонотерапию

**Пациентке выполнена радикальная мастэктомия (настаивала на таком объеме). Получен результат гистологического исследования операционного материала: МАКРО: Молочная железа размерами 22x20x7 см с лоскутом кожи размерами 22x13 см, соском, подмышечной клетчаткой размерами 9x8x4 см. В толще железы, в верхне-наружном квадранте определяется опухолевый узел без чётких границ размерами 2,5x2,8 см, плотный, серый. В клетчатке обнаружено 12 лимфатических узлов от 0,5-4 см по длиннику. + МИКРО: + 1. В молочной железе разрастание тубулярного рака 1 степени злокачественности с лимфоваскулярной инвазией, по линии резекции края элементы рака не обнаружены. + 2 Сосок обычного строения. + 3. В 12-и лимфоузлах - липоматоз. С учетом полученных данных, окончательный диагноз поставлен как рак левой молочной железы стадии**

- pT2N0M0
- pT2N1M0
- pT3N0M0
- pT1cN1M0

**Получен результат иммуногистохимического исследования опухоли: рецепторы эстрогенов 7 баллов, рецепторы прогестерона 7 баллов, HER-2 =1+, Ki67=18%. Молекулярно-биологическим подтипом опухоли является**

- люминальный В HER-2 позитивный
- люминальный В HER-2 негативный
- люминальный А
- трижды негативный

**С учетом полученных данных пациентке в адъювантном режиме показана**

- таргетная терапия
- химиотерапия

- лучевая терапия
- гормонотерапия

### **Показана гормонотерапия**

- агонистами гонадотропин-рилизинг-гормонов +антиэстрогенами
- прогестинами
- ингибиторами эстрогеновых рецепторов
- ингибиторами ароматазы

### **Основным осложнением гормонотерапии ингибиторами ароматазы является**

- полинейропатия
- остеопороз
- избыточный вес
- алопеция

### **Для профилактики осложнений при длительной гормонотерапии ингибиторами ароматазы показано**

- полинейропатия
- остеопороз
- избыточный вес
- алопеция

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная И. 52 лет обратилась в клинику к онкологу.

### **Жалобы**

на отек и покраснение кожи левой молочной железы, уплотнение в левой молочной железе.

### **Анамнез заболевания**

Около полугода назад больная самостоятельно обнаружила новообразование в левой молочной железе. К врачу не обращалась, не лечилась. Неделю назад стала отмечать покраснение кожи, отечность этой железы. Заметила втянутость левого соска. Образование в молочной железе увеличилось в размерах.

### **Анамнез жизни**

Сопутствующая патология: Артериальная гипертония, 2 степени, 2 стадии. Хронический холецистит, вне обострения. Миома матки малых размеров. + Опухолевые заболевания в семье: отрицает + Замужем. Роды-1. Аборт-1. Лактация до 7 месяцев, был левосторонний мастит. Перименопауза + Аллергический анамнез: непереносимость анальгина! + Профессиональные вредности отсутствуют + Вредные привычки: отрицает

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы розовые, сухие. Слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС 76 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Стул регулярный. St.localis: Молочные железы не симметричные. Левая больше правой. Кожа левой молочной железы отечна, гиперемирована в центральном отделе и верхних квадрантах, напряжена, горячая на ощупь. Левый сосок втянут, ареола отечна. Выделений из сосков на момент осмотра нет. В ткани левой молочной железе в верхне-наружном квадранте, с переходом в центральный отдел пальпируется плотной консистенции, без четких границ, ограниченно смещаемое узловое образование, размерами около 5х3,5 см. Правая молочная железа не деформирована, кожа, сосок и ареола не изменены. В правой молочной железе узловые образования не определяются. В левой аксиллярной области пальпируются множественные плотные лимфоузлы, спаянные между собой до 3 см в диаметре. Остальные регионарные лимфоузлы с обеих сторон не увеличены

### **Выберите необходимые для постановки диагноза методы обследования**

- полинейропатия
- остеопороз
- избыточный вес
- алопеция

### **Результаты обследования**

### **Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования**

- полинейропатия
- остеопороз
- избыточный вес
- алопеция

### **Результаты инструментальных методов обследования**

### **С учетом данных комплексного обследования основным клиническим диагнозом будет**

- полинейропатия
- остеопороз
- избыточный вес
- алопеция

### **Молекулярно-биологическим подтипом опухоли является**

- люминальный В HER-2 негативный

- люминальный В HER-2 позитивный
- базальноподобный
- HER2 положительный (не люминальный)

**С учетом стадии заболевания и биологического подтипа опухоли на первом этапе комплексного лечения следует рекомендовать**

- лекарственную терапию
- радикальную мастэктомию слева
- частичное облучение левой молочной железы и регионарных зон
- радикальную резекцию в онкопластическом варианте

**Оптимальным режимом неоадьювантной химиотерапии в данном случае следует считать**

- 4 курса Гемцитабин+Цисплатин
- 6 курсов по схеме FEC+Трастузумаб
- 4 курса по схеме AC → 12 введений Паклитаксела (или 4 курса Доцетаксела)
- 4 курса по схеме AC → 4 курса Доцетаксел+Карбоплатин AUC-6

**После проведения неоадьювантной лекарственной терапии при контрольном обследовании получен выраженный клинко-рентгенологический эффект. Размеры первичной опухоли сократились более чем в 2 раза, в левой подмышечной области определяются единичные плотные лимфоузлы. Однако сохраняется небольшой отек кожи в центральном отделе левой молочной железы. Наиболее оптимальным объемом хирургического вмешательства будет**

- радикальная мастэктомия слева с сохранением грудных мышц
- санационная мастэктомия
- онкопластическая резекция по методике Гризотти
- лампэктомия+биопсия сигнального лимфоузла

**Пациентке выполнен хирургический этап. Данные гистологического исследования операционного материала: на границе наружных квадрантов разрастание малоклеточной соединительной ткани с дискретно лежащими, крайне немногочисленными, дистрофически измененными опухолевыми клетками и единичными с - r in situ ductale. Лечебный патоморфоз 3 степени - остаточная опухоль составляет менее 5%. Вне опухоли в молочной железе выраженный фиброз и гиалиноз стромы. В коже и соске без элементов опухолевого роста. В 4 регионарных лимфатических узлах метастазы рака с лечебным патоморфозом 3 и 4 степени, без прорастания капсулы. Residual Cancer Burden: 2.757. Residual Cancer Burden Class: RCB-II. Дальнейшая тактика лечения в адьювантном режиме предполагает**

- лучевую и гормонотерапию

- только динамическое наблюдение
- химио-гормонотерапию
- таргетную терапию (Трастузумаб в монорежиме в течение 1 года)

**Показана лучевая терапия на мягкие ткани передней грудной стенки слева и все зоны регионарного лимфооттока с дозами**

- РОД 2,5Гр, СОД 70Гр
- РОД 2Гр, СОД 30Гр
- РОД 4Гр, СОД 60Гр
- РОД 2Гр, СОД 48-50Гр

**У пациентки уровни эстрадиола и ФСГ в сыворотке крови соответствуют перименопаузе. Препаратами гормонотерапии 1-й линии для данной больной будут**

- ингибиторы ароматазы
- антиэстрогены
- аналоги гонадотропин-рилизинг-гормонов
- прогестины

**Основным методом реабилитации пациентки после радикальной мастэктомии в раннем послеоперационном периоде следует считать**

- санаторно-курортное лечение
- трудотерапию
- выполнение комплекса ЛФК
- высокобелковую диету+витаминотерапию

**При возникновении лимфостаза в послеоперационном периоде показано**

- санаторно-курортное лечение
- трудотерапию
- выполнение комплекса ЛФК
- высокобелковую диету+витаминотерапию

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 58 лет обратилась к онкологу в поликлинику по месту жительства.

### **Жалобы**

на наличие болевого синдрома в проекции грудо-поясничного отдела позвоночника

### **Анамнез заболевания**

Отмечает появление болевого синдрома в проекции грудо-поясничного отдела позвоночника в течение последних трех месяцев. К врачам не обращалась. В

последние два месяца отмечает усиление болевого синдрома при физической нагрузке. Не лечилась. Вчера упала с высоты собственного роста после чего отметила выраженное усиление болевого синдрома в проекции поясничного отдела позвоночника и возникновение онемения в правой нижней конечности.

#### **Анамнез жизни**

\* хронических заболеваний нет \* десять лет назад установлен диагноз грыжи межпозвоночного диска двенадцатого грудного и первого поясничного позвонков \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей не имеет \* 7 лет назад перенесла лечение по поводу рака правой молочной железы

#### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Вес 95 кг, рост 169 см. Температура тела 37,5 °С. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, теплые. В легких дыхание выслушивается, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 69 ударов/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. На передней грудной стенке справа послеоперационный рубец, визуально и при пальпации без очаговой патологии. Передвигается медленно, ввиду болевого синдрома в проекции грудо-поясничного отдела позвоночника, прихрамывает на правую нижнюю конечность.

**Наиболее важными данными для постановки диагноза при клиническом исследовании пациентки являются**

- усиление болевого синдрома после травмы, возникновение онемения правой нижней конечности
- наличие в анамнезе рака молочной железы
- наличие в анамнезе грыжи межпозвоночного диска третьего и четвертого поясничных позвонков
- наличие у больной гипертермии до 37,5 °С
- значительный вес пациентки
- наличие в анамнезе болевого синдрома в проекции поясничного отдела позвоночника с усилением его интенсивности при физической нагрузке

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- усиление болевого синдрома после травмы, возникновение онемения правой нижней конечности
- наличие в анамнезе рака молочной железы
- наличие в анамнезе грыжи межпозвоночного диска третьего и четвертого поясничных позвонков
- наличие у больной гипертермии до 37,5 °С
- значительный вес пациентки
- наличие в анамнезе болевого синдрома в проекции поясничного отдела позвоночника с усилением его интенсивности при физической нагрузке

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**Данному пациенту на основании инструментальных методов обследования можно поставить диагноз**

- усиление болевого синдрома после травмы, возникновение онемения правой нижней конечности
- наличие в анамнезе рака молочной железы
- наличие в анамнезе грыжи межпозвоночного диска третьего и четвертого поясничных позвонков
- наличие у больной гипертермии до 37,5 °С
- значительный вес пациентки
- наличие в анамнезе болевого синдрома в проекции поясничного отдела позвоночника с усилением его интенсивности при физической нагрузке

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в**

- федеральном НИИ Онкологии
- стационарных условиях (ортопедического отделения)
- стационарных условиях (нейрохирургического отделения)
- стационарных условиях (отделения лучевой терапии)

**На первом этапе пациентке необходимо рекомендовать**

- лучевую терапию
- таргетную терапию
- хирургическое лечение
- системную лекарственную цитостатическую терапию

**Больной необходимо выполнить**

- вертебропластику под контролем компьютерной томографии
- корпорэктомию тела позвонка с эндопротезированием
- декомпрессивно-стабилизирующую операцию
- двухэтапную вертеброэктомию с эндопротезированием

**Выполнение декомпрессивно-стабилизирующей операции при острой опухолевой компрессии спинного мозга с наличием клинических проявления в виде нижней параплегии показано в период от + \_\_\_\_\_ + суток**

- 3 до 4
- 7 до 8
- 5 до 6
- 1 до 2

**Определяющим фактором для выставления противопоказаний, для выполнения декомпрессивно-стабилизирующей операции у пациента с опухолевой компрессией спинного мозга является**

- наличие двух участков опухолевой компрессии спинного мозга
- морфологическая структура опухоли с прогностически неблагоприятным ответом на предполагаемое далее системное лекарственное лечение
- генерализованный характер поражения
- соматическое состояние больного

**Адекватность выполненной операции и стояние фиксирующей системы оценивают**

- по результатам лабораторных тестов крови, мочи и ЭКГ
- при выполнении рентгенографии области операции
- клинически при осмотре и оценке неврологического статуса
- по ультразвуковому исследованию послеоперационной области

**Активизация больного после операции осуществляется на +\_\_\_\_\_+ сутки**

- 7-8
- 3-5
- 1-2
- 6-7

**Лечебной тактикой, которую необходимо принять при формировании в раннем послеоперационном периоде гематомы в области операции с явлениями нарастающего неврологического дефицита, является**

- повторная операция
- консервативная терапия с использованием ноотропов
- консервативная противоотечная терапия стероидными гормонами
- дополнительное дренирование послеоперационной области

**Осложнением, которое требует обязательного удаления фиксирующей системы, является**

- повторная операция
- консервативная терапия с использованием ноотропов
- консервативная противоотечная терапия стероидными гормонами
- дополнительное дренирование послеоперационной области

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 35 лет обратился в поликлинику.



## **Жалобы**

На наличие опухоли в проекции проксимального отдела правого бедра, наличие болевого синдрома в проекции опухоли, усиливающегося в ночное время, ограничение движения в прилежащем правом тазобедренном суставе.

## **Анамнез заболевания**

Отмечает появление ощущения дискомфорта в проекции правого тазобедренного сустава в течение последнего года. К врачам не обращался. Последние 5 месяцев отмечает появление опухоли в проекции проксимального отдела правого бедра с тенденцией к медленному росту. Не лечился. В последний месяц отметил возникновение болевого синдрома в проекции опухоли, незначительно купирующегося приемом нестероидных анальгетиков, ограничение сгибания в правом тазобедренном суставе.

## **Анамнез жизни**

\* хронических заболеваний нет \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей не имеет \* аллергический анамнез неотягощен

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 173 см. Температура тела 36,7 °С. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, теплые. В легких дыхание выслушивается, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 удара/мин, АД 120/80 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. Проксимальная треть правого бедра ближе к тазобедренному суставу изменена за счет опухолевого образования. Опухоль до 8 см в максимальном измерении, плотной консистенции, несмещаемая, незначительно болезненная при сгибании в тазобедренном суставе. Сгибание в тазобедренном суставе ограничено.

## **К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят**

- повторная операция
- консервативная терапия с использованием ноотропов
- консервативная противоотечная терапия стероидными гормонами
- дополнительное дренирование послеоперационной области

## **Результаты лабораторных методов обследования**

## **Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- повторная операция
- консервативная терапия с использованием ноотропов
- консервативная противоотечная терапия стероидными гормонами
- дополнительное дренирование послеоперационной области

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании проведенного обследования данному больному можно поставить диагноз**

- повторная операция
- консервативная терапия с использованием ноотропов
- консервативная противоотечная терапия стероидными гормонами
- дополнительное дренирование послеоперационной области

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в**

- стационарных условиях (хирургического отделения)
- стационарных условиях (отделения химиотерапии)
- стационарных условиях (ортопедического отделения)
- федеральном НИИ онкологии

**Пациенту показано назначение**

- иммунотерапии
- лучевой терапии
- системной лекарственной цитостатической терапии
- хирургического лечения

**Показано проведение хирургического лечения в объеме**

- межподвздошно-брюшного вычленения с пластикой передним полнотойным лоскутом
- внутрикостной резекции бедренной кости с аутопластикой гребнем подвздошной кости
- криодеструкции проксимального отдела бедренной кости с аутопластикой
- онкологического эндопротезирования тазобедренного сустава

**От определяемого края опухоли перед выполнением резекции кости необходим отступ в +\_\_\_\_+ см**

- 2
- 4
- 5
- 10

**Радикальность выполненной резекции кости интраоперационно определяют при помощи**

- линейки и определения протяженности отступа от ближнего края опухоли
- срочного цитологического исследования костного мозга с опилов кости
- ультразвуковой диагностики
- макроскопического анализа

**Адекватность выполненной операции и состояние эндопротеза оценивают**

- при рентгенографии
- по ультразвуковому исследованию послеоперационной области
- по результатам лабораторных тестов крови
- клинически при осмотре в раннем послеоперационном периоде

**Активизацию больного осуществляют на + \_\_\_\_\_ + сутки после операции**

- 3-5
- 1-2
- 6-7
- 7-8

**Наиболее частым осложнением онкологического эндопротезирования является**

- ТЭЛА
- перипротезный перелом кости
- нестабильность эндопротеза
- инфицирование эндопротеза

**Показанием к ампутации конечности после онкологического эндопротезирования является**

- ТЭЛА
- перипротезный перелом кости
- нестабильность эндопротеза
- инфицирование эндопротеза

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 55 лет обратился в поликлинику к терапевту

### **Жалобы**

на дискомфорт в области правого подреберья.

### **Анамнез заболевания**

С 30 лет наблюдается у инфекциониста по поводу хронического вирусного гепатита С, в течение последних 2-х недель обратил внимание на появившийся дискомфорт в области правого подреберья.

### **Анамнез жизни**

\* хронический вирусный гепатит С (ремиссия) \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей не имеет \* аллергическая реакция на новокаин

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 179 см. Температура тела 37,0 °С. Кожные покровы физиологической окраски и влажности. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 98/мин, АД 110/65 мм рт.ст. Живот мягкий,

безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, мочеиспускание свободное.

**Инструментальным методом обследования, с которого необходимо начать диагностический поиск, является**

- ТЭЛА
- перипротезный перелом кости
- нестабильность эндопротеза
- инфицирование эндопротеза

**Результат инструментального метода обследования**

**Необходимым для постановки диагноза является определение онкомаркера**

- ТЭЛА
- перипротезный перелом кости
- нестабильность эндопротеза
- инфицирование эндопротеза

**Результаты обследования**

**Методами инструментального обследования, необходимыми для подтверждения диагноза, являются**

- ТЭЛА
- перипротезный перелом кости
- нестабильность эндопротеза
- инфицирование эндопротеза

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Данному больному на основании полученных данных инструментального и лабораторного обследования можно поставить диагноз**

- ТЭЛА
- перипротезный перелом кости
- нестабильность эндопротеза
- инфицирование эндопротеза

**Пациенту показано проведение + \_\_\_\_\_ + лечения**

- химиотерапевтического
- радиотерапевтического
- малоинвазивного
- хирургического

**Оптимальным объемом хирургического лечения является**

- центральная резекция печени
- левосторонняя гемигепатэктомия
- бисегментэктомия 5-8
- правосторонняя гемигепатэктомия

**Необходимым условием для безопасного выполнения обширной резекции печени пациенту является объем остающейся паренхимы печени не менее + \_\_\_\_\_ + %**

- 20
- 30
- 50
- 40

**Оценочной методикой, предназначенной для определения тяжести цирроза печени и выживаемости пациента, является**

- физический статус пациентов по классификации ASA (Американского общества анестезиологов)
- шкала для оценки гистологической активности и степени фиброза печени
- индекс Карновского
- классификация Чайлда — Пью

**Необходимый объем лимфаденэктомии включает удаление лимфоузлов**

- чревного ствола
- парааортальных
- по ходу общей печеночной артерии
- ворот печени

**К паллиативным системным методикам лечения данного заболевания первой линии относится назначение препарата**

- сорафениб
- оксалиплатин
- иринотекан
- бевацизумаб

**К лекарственной терапии ГЦР второй линии относится**

- капецитабин
- цетуксимаб
- бевацизумаб
- регорафениб

**Показания к трансплантации печени у пациента**

- капецитабин

- цетуксимаб
- бевацизумаб
- регорафениб

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

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

### Жалобы

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

### Анамнез заболевания

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

### Анамнез жизни

\* хронических заболеваний нет \* курит по 1 пачке сигарет в день в течение 20 лет, алкоголь употребляет умеренно \* профессиональных вредностей не имеет \* аллергические реакции не отмечает

### Объективный статус

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

**Выберите необходимый для постановки диагноза лабораторный метод обследования**

- капецитабин
- цетуксимаб
- бевацизумаб
- регорафениб

### Результат лабораторного метода обследования

**Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- капецитабин
- цетуксимаб
- бевацизумаб
- регорафениб

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**Какой диагноз можно предположить у данного больного на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?**

- капецитабин
- цетуксимаб
- бевацизумаб
- регорафениб

**Больной относится к + \_\_\_\_\_ + клинической группе**

- 1a
- 1
- 3
- 2

**В качестве лечения, пациенту показана**

- радикальная цистэктомия
- трансуретральная резекция мочевого пузыря
- открытая резекция мочевого пузыря
- химиотерапия по схеме Гемцитабин + Цисплатин

**У больного + \_\_\_\_\_ + онкологический риск (гистологическое заключение после трансуретральной резекции: папиллярный уротелиальный рак, low grade, инвазия опухоли в собственную пластинку слизистой оболочки мочевого пузыря, инвазии в мышечный слой не обнаружено)**

- низкий
- очень высокий
- промежуточный
- высокий

**Пациенту повторная трансуретральная резекция**

- не показана
- показана, только, если в препарате отсутствует мышечный слой
- пациенту показано адъювантное лечение в режиме
- показана

**Пациенту показано адъювантное лечение в режиме**

- проведение 6 циклов полихимиотерапии по схеме Гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> + Цисплатин 70 мг/м<sup>2</sup>
- индукционный+ поддерживающий курс иммунотерапии
- однократная инстилляцией Доксорубицином

- однократная инстилляция химиопрепаратом Митамицин С

**Предпочтительным является + \_\_\_\_\_ + путь введения иммунопрепарата**

- энтеральный
- парентеральный подкожно
- парентеральный внутривенно
- внутривузырный

**Иммунотерапию проводят вакциной**

- АКДС
- БЦЖ
- ПЕНТАКСИМ
- против полиомиелита

**Осмотр пациента при завершении лечения необходим через**

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 3 недели
- 2 недели

**К факторам риска развития опухоли мочевого пузыря, в том числе у данного пациента относят**

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 3 недели
- 2 недели

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная Л. 61 года обратилась к онкологу в специализированную клинику

### **Жалобы**

На кровянистые выделения из правого соска, уплотнение в левой молочной железе

### **Анамнез заболевания**

Три месяца назад при профилактическом осмотре по месту жительства выявлено узловое образование в левой молочной железе. Пациентка направлена к онкологу. Однако больная сразу к врачу не обратилась в связи с болезнью сына. Около недели назад стала отмечать скудные бурые выделения из правого соска, пачкающие белье, маленькую эрозию на поверхности соска



### **Анамнез жизни**

\* Сопутствующая патология: Артериальная гипертония, 2 степени, 2 стадии. Диффузный поверхностный гастрит, ремиссия. Энцефалопатия смешанного генеза. Начальная катаракта \* Опухолевые заболевания в семье: у деда по отцовской линии рак желудка, у сестры матери рак молочной железы \* Замужем. Роды-2. Аборт-2. Лактация до 1 года, без осложнений. Постменопауза с 49 лет. \* Аллергический анамнез: на антибиотики пенициллинового ряда - крапивница! \* Профессиональные вредности отсутствуют \* Вредные привычки: отрицает

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы розовые, сухие. Слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 140/80 мм рт.ст., ЧСС 68 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Стул регулярный. St.localis: Молочные железы симметричные, не деформированы. Правый сосок поверхностно эрозирован. При надавливании из правого соска получено скудное отделяемое бурого цвета. Кожа правой молочной железы не изменена, при пальпации узловых образований не выявлено. Левый сосок и ареола не изменены, отделяемого из соска нет. На границе верхних квадрантов левой молочной железы пальпируется плотной консистенции, без четких границ, ограниченно смещаемое узловое образование, размерами 2,5х3,0 см, подтягивающее сосок. Над образованием определяется симптом «площадки». Регионарные лимфоузлы с обеих сторон не увеличены

### **Выберите необходимые для постановки диагноза методы обследования**

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 3 недели
- 2 недели

### **Результаты обследования**

#### **Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования**

- 6 месяцев
- 3 месяца
- 3 недели
- 2 недели

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **С учетом данных комплексного обследования основным клиническим диагнозом будет: Первично-множественный**

- 6 месяцев
- 3 месяца

- 3 недели
- 2 недели

**Молекулярно-биологическим подтипом опухоли левой молочной железы является**

- люминальный В HER-2 позитивный
- люминальный В HER-2 негативный
- люминальный А
- HER2 положительный (не люминальный)

**Проведено молекулярно-генетическое исследование: герминальных мутаций BRCA1/2, CHEK2 не выявлено. На первом этапе комплексного лечения больной планируется хирургическое лечение в объеме**

- люминальный В HER-2 позитивный
- люминальный В HER-2 негативный
- люминальный А
- HER2 положительный (не люминальный)

**С учетом полученных данных, окончательный диагноз поставлен как Первично-множественные злокачественные опухоли: синхронный рак Педжета правой молочной железы pTisN0M0 0ст., рак левой молочной железы стадии**

- pT2N1M0 II б
- pT1cN1M0 II а
- pT3N1M0 III а
- pT2N0M0 II а

**В адьюватном режиме больной показана лекарственная терапия в объеме**

- химиотерапии + иммунотерапии+витамиотерапии
- гормонотерапии+ иммунотерапии
- химио-гормонотерапии +таргетной терапии
- только гормонотерапии

**Учитывая молекулярно-биологический подтип опухоли, оптимальный режим химиотерапии будет включать**

- 4 курса по схеме AC →12 введений Паклитаксела (или 4 курса Доцетаксела) +Трастузумаб
- 4 курса по схеме AC →4 курса Доцетаксел (или 12 введений Паклитаксела)+Карбоплатин AUC-6
- 6 курсов по схеме CMF + Трастузумаб
- трастузумаб в монорежиме 12-14 введений

**Проведение лучевой терапии на мягкие ткани передней грудной стенки слева и все зоны регионарного лимфооттока возможно**

- перед адъювантной лекарственной терапией
- одновременно с химио- и анти-HER терапией
- после завершения гормонотерапии
- после завершения химиотерапии, одновременно с анти-HER терапией

**После завершения химиотерапии больной показана гормонотерапия в течение не менее 5 лет препаратами группы**

- эстрогенов+гестагенов в высоких дозах
- ингибиторов ароматазы
- аналогов гонадотропин-рилизинг-гормонов
- инактиваторов эстрогеновых рецепторов

**Анти-HER2 терапия должна проводиться под контролем**

- функции внешнего дыхания
- эхокардиографии
- денситометрии
- УЗИ органов малого таза

**Основным осложнением гормонотерапии ингибиторами ароматазы является**

- функции внешнего дыхания
- эхокардиографии
- денситометрии
- УЗИ органов малого таза

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

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

### **Жалобы**

На наличие в правой молочной железе плотного образования

### **Анамнез заболевания**

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

### **Анамнез жизни**

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

### **Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- функции внешнего дыхания
- эхокардиографии
- денситометрии
- УЗИ органов малого таза

### **Результаты инструментальных методов обследования**

### **Выберите необходимый метод обследования для подтверждения клинико-визуального диагноза**

- функции внешнего дыхания
- эхокардиографии
- денситометрии
- УЗИ органов малого таза

### **Результаты обследования**

**Предполагаемый основной диагноз:** + \_\_\_\_\_ + правой молочной железы

- функции внешнего дыхания
- эхокардиографии
- денситометрии
- УЗИ органов малого таза

### **В плане дообследования генетическое тестирование на наличие мутаций в генах семейства BRCA пациентке**

- не показано, но показано тестирование на наличие мутаций в гене KRAS
- обязательно к выполнению
- не показано
- не показано, но показано тестирование на наличие мутации в гене TP53

### **Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в условиях**

- онкохирургического стационара
- «дневного стационара»
- отделения гнойной хирургии

- амбулаторных (на дому)

#### **Пациентке показано**

- назначение гормонотерапии
- хирургическое лечение
- назначение химиотерапии
- назначение пероральных контрацептивов

#### **Объем хирургического вмешательства, показанный пациентке, соответствует**

- секторальной резекции молочной железы
- энуклеации опухоли со срочным гистологическим исследованием
- подкожной мастэктомии и одномоментной реконструкцией имплантом
- модифицированной радикальной мастэктомии по Маддену

#### **Получен ответ срочного гистологического исследования: простая листовидная опухоль. С учетом полученных данных**

- выбранный объем операции (подкожная мастэктомия с одномоментной реконструкцией имплантом) оптимален
- лечение больной будет зависеть от окончательного гистологического исследования
- пациентке не показана реконструкция молочной железы
- необходим результат иммуногистохимического исследования для выбора дальнейшей тактики

#### **Пациентке проведено хирургическое лечение. В дальнейшем ей показано**

- контрольное обследование через 2 года
- динамическое наблюдение (клинический осмотр + УЗИ молочных желез 1 раз в 6 мес.)
- самообследование молочных желез ежемесячно
- наблюдение гинеколога + динамическое исследование ФСГ и ЛГ 1 раз в 3 месяца

#### **Необходимость наблюдения за пациенткой связана с**

- необходимостью реабилитации
- сложностью клинической ситуации
- возможностью рецидивирования заболевания
- необходимостью контроля гормонального статуса пациентки

#### **Пациентка замужем, но в настоящий момент не планирует беременность. В целях контрацепции, учитывая ее диагноз, можно предложить**

- гестагены

- внутриматочную систему Мирена
- низкодозированные пероральные контрацептивы
- только барьерный метод, остальные противопоказаны

### **В послеоперационном периоде пациентка**

- гестагены
- внутриматочную систему Мирена
- низкодозированные пероральные контрацептивы
- только барьерный метод, остальные противопоказаны

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 68 лет обратилась к онкологу в онкологический научный центр

### **Жалобы**

На боли в области левого бедра

### **Анамнез заболевания**

6 лет назад получила комбинированное лечение по поводу pT1cN1(1/19)M0 правой молочной железы: хирургическое лечение - квадрантэктомия с удалением подмышечных л/узлов. Стадия: pT1cN1(1/19)M0. ЭР 5 баллов, ПР 5 баллов, Ki67=3%, HER-2 «1+». Адъювантная терапия: CMFх6 курсов, адъювантная лучевая терапия на оставшуюся часть правой молочной железы, гормонотерапия тамоксифеном 5 лет в стандартной дозе. Около полугода назад появились боли в области левого бедра. Обратилась к неврологу, был назначен и проведен курс противовоспалительной терапии, практически без эффекта. После чего некоторое время пациентка не получала никакого лечения (заболел муж, было «некогда»). Последние 10 дней боль усилилась, пациентка обратилась к онкологу.

### **Анамнез жизни**

Сопутствующая патология: Артериальная гипертония, 2 степени, 2 стадии. Риск 2. (получает β-блокаторы). + Отсутствие семейного опухолевого анамнеза + Менопауза 18 лет + Аллергический анамнез: отрицает + Профессиональные вредности отсутствуют + Вредные привычки: отрицает +

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы розовые, сухие. Слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 130/80 мм рт.ст., ЧСС 70 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Стул регулярный. \_St.localis:\_ Рубец после радикальной резекции справа в удовлетворительном состоянии (при пальпации), без признаков рецидива заболевания. Отмечается незначительная постлучевая (?) деформация. В ткани обеих молочных желез узловые образования не определяются. Регионарные лимфатические узлы с обеих сторон не определяются.

**Выберите необходимые для постановки диагноза методы обследования**

- гестагены
- внутриматочную систему Мирена
- низкодозированные пероральные контрацептивы
- только барьерный метод, остальные противопоказаны

## **Результаты обследования**

### **Кор-биопсия из определяемого образования**

- не выполняется, достаточно тонкоигольной аспирационной биопсии с иммуноцитохимическим исследованием
- при возможности выполняется всегда
- не выполняется, достаточно данных визуализации
- не выполняется, т.к. есть данные ИГХ первичной опухоли

**Выполнена кор-биопсия с гистологическим и иммуногистохимическим исследованием. Гистологическое заключение: метастаз рака молочной железы, рецепторы эстрогенов=7б, рецепторы прогестерона=7б, HER2 «0», Ki67=13%. Опухоль относится к + \_\_\_\_\_ + подтипу**

- люминальному В не гиперэкспрессирующему
- люминальному А
- люминальному В гиперэкспрессирующему
- Clauwdin low

### **Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования**

- люминальному В не гиперэкспрессирующему
- люминальному А
- люминальному В гиперэкспрессирующему
- Clauwdin low

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании анамнестических и полученных клинико-рентгенологических данных, у больной предполагаемым основным диагнозом является**

- люминальному В не гиперэкспрессирующему
- люминальному А
- люминальному В гиперэкспрессирующему
- Clauwdin low

### **В соответствии с поставленным диагнозом пациентке показана**

- паллиативная терапия
- цитостатическая терапия

- комбинированная консервативная терапия
- операция

**Выбор варианта лекарственного лечения в данном клиническом случае будет зависеть, прежде всего, от**

- стадии первичной опухоли, количества очагов поражения, менструального статуса пациентки
- локализации опухоли, длительности безрецидивного интервала, выраженности клинической симптоматики
- возраста, желания пациентки, возможностей лечебного учреждения
- подтипа опухоли, количества очагов поражения, возраста пациентки

**Пациентке показано лечение в объеме**

- фазлодекс+золедроновая кислота
- паклитаксел+анастрозол+витамин D
- лучевой терапии на область поражения+ летрозол+золедроновая кислота
- лучевой терапии на область поражения+таксотер+трастузумаб

**С учетом иммунофенотипа опухоли и характера прогрессирования заболевания больная должна получать**

- ингибиторы ароматазы
- абиратерона ацетат
- андрогены
- антиэстрогены

**Целесообразность применения лучевой терапии в данном клиническом случае связана с + \_\_\_\_\_ + эффектами**

- гормональным и цитотоксическим
- противовоспалительным и гемостатическим
- С-киллерным и симптоматическим
- обезболивающим и консолидирующим

**Дальнейшее наблюдение пациентки должно осуществляться**

- в поликлинике многопрофильной клиники
- онкологом по месту жительства
- лечащим врачом стационара
- реабилитологом

**При использовании золедроновой кислоты необходимо мониторировать лабораторные показатели крови, а именно**

- в поликлинике многопрофильной клиники
- онкологом по месту жительства



- лечащим врачом стационара
- реабилитологом

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациентка К. 46 лет обратилась в онкологическую клинику в августе 2010 года

### Жалобы

Наличие опухоли в левой молочной железе

### Анамнез заболевания

Считает себя больной около 6 месяцев, когда впервые самостоятельно обнаружила у себя опухоль в левой молочной железе. Никуда не обращалась, думала «что ей показалось». Однако на протяжении этих месяцев больная продолжала пальпировать образование

### Анамнез жизни

\* Сопутствующая патология: аденомиоз, миома матки малых размеров без динамики последние 3 года. \* Опухолевые заболевания в семье: отрицает. \* Гинекологический анамнез: менструации с 14 лет, цикл регулярный, в последний год стали отмечаться задержки месячных, 2 родов, лактация без особенностей, 1 аборт. \* Аллергический анамнез: отрицает \* Профессиональные вредности отсутствуют \* Вредные привычки: отрицает

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы розовые, сухие. Слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 120/80 мм рт.ст., ЧСС 73 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Стул регулярный \_St.localis.\_ + Молочные железы симметричны, кожа, соски и ареолы не изменены, выделений из сосков нет. Пальпаторно в верхне-наружном квадранте левой молочной железы определяется плотное, ограничено подвижное образование с кожным симптомом морщинистости, без четких контуров, размером до 2,5 см. В ткани правой молочной железы отчетливые узловые образования не пальпируются. Регионарные лимфатические узлы с обеих сторон не увеличены.

### Выберите необходимые для постановки диагноза методы обследования

- в поликлинике многопрофильной клиники
- онкологом по месту жительства
- лечащим врачом стационара
- реабилитологом

### Результаты обследования

### Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования

- в поликлинике многопрофильной клиники

- онкологом по месту жительства
- лечащим врачом стационара
- реабилитологом

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**С учетом данных комплексного обследования основным клиническим диагнозом будет рак левой молочной железы**

- в поликлинике многопрофильной клиники
- онкологом по месту жительства
- лечащим врачом стационара
- реабилитологом

**Молекулярно-биологическим подтипом опухоли левой молочной железы является**

- Claudin-low
- базалоидный
- люминальный А
- люминальный В HER-2 негативный

**Пациентке было выполнено следующее лечение: радикальная резекция левой молочной железы + лучевая терапия на оставшуюся часть левой молочной железы и аксиллярную зону до СОД 50 и 46 гр соответственно. В адьювантном режиме пациентке рекомендуется**

- монотерапия ингибитором ароматазы
- гормонотерапия ингибиторами ароматазы в комбинации с гозерелином
- гормонотерапия тамоксифеном
- динамическое наблюдение

**При динамическом обследовании через 6 мес. по данным УЗИ органов малого таза, на фоне регулярного менструального цикла эндометрий 1.1 см на 7 день, полип эндометрия. Тактика дальнейшего ведения пациентки должна включать**

- пайпель-биопсию
- мазки с шейки матки на онкоцитологию
- раздельное диагностическое выскабливание
- динамическое УЗИ во второй фазе менструального цикла

**При гистологическом исследовании получено: пролиферирующий эндометрий, железисто-фиброзный полип. В данном случае**

- нужно заменить тамоксифен на фазлодекс
- антиэстрогены целесообразно оставить, можно добавить агонисты рилизинг факторов

- необходима коррекция терапии. Для защиты эндометрия добавить гестагены
- гормонотерапию необходимо отменить

**Онкологом, наблюдавшим пациентку после получения ответа гистологического исследования был отменен тамоксифен и рекомендованы ингибиторы ароматазы в комбинации с овариальной супрессией.**

**Назначенное лечение пациентка получала 4 года без прогрессирования заболевания. Завершила терапию в августе 2015 года. При контрольном обследовании в декабре 2015 года по данным компьютерной томографии и ультразвукового исследования выявлено: в левой аксиллярной области множественные лимфатические узлы до 1,2 см, увеличенный парастернальный лимфатический узел до 1,3см. В надключичной области два образования максимальный размер 1,9 см - мтс. По данным комплексного обследования больше вторичных проявлений заболевания не выявлено. Необходимым исследованием для подтверждения диагноза является**

- тонкоигольная аспирационная биопсия всех увеличенных лимфатических узлов с цитологическим исследованием
- кор-биопсия лимфатического узла с иммуногистохимическим исследованием
- определение онкомаркеров СА 15-3, РЭА
- УЗИ в динамике

**Пациентке выполнена кор-биопсия надключичного лимфатического узла. Гистологическое исследование: инвазивный неспецифический рак метастатический. При иммуногистохимическом исследовании: рецепторы эстрогенов-0б, рецепторы прогестерона-0б, HER2 «-», Ki67- 80%. С учетом полученных данных диагнозом будет**

- Метакронный рак
- Олигометастатический рак
- Метастазы рака левой молочной железы в регионарные лимфатические узлы, инверсия молекулярного подтипа
- Саркома

**Для подтверждения поставленного диагноза необходимо выполнение**

- сцинтиимаммография
- ПЭТ-КТ
- маммографического исследования
- КТ молочных желез

**Учитывая все полученные данные, пациентке на этом этапе терапии показана**

- полихимиотерапия с использованием препаратов платины
- гормонотерапия фазлодексом
- лучевая терапия на левую над-подключичную и аксиллярную зоны
- полихимиотерапия по схеме АС

**При контрольном ультразвуковом исследовании после 6 циклов АС, которые больная получала до мая 2016г.: частичная регрессия метастатических очагов. При комплексном обследовании - без прогрессирования. Однако, в августе пациентка обратилась с жалобами на боли в грудном отделе позвоночника. При сцинтиграфии костей скелета выявлено повышение накопления РФП в телах позвонков грудного отдела. Рентгенологически - метастазы рака. При КТ органов грудной клетки выявлено наличие метастазов по плевре и небольшое количество жидкости в плевральных синусах. Дальнейшее ведение пациентки подразумевает**

- полихимиотерапия с использованием препаратов платины
- гормонотерапия фазлодексом
- лучевая терапия на левую над-подключичную и аксиллярную зоны
- полихимиотерапия по схеме АС

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная К. 38 лет обратилась к онкологу в онкологический научный центр

### **Жалобы**

На уплотнение в левой молочной железе, небольшую болезненность в этой зоне

### **Анамнез заболевания**

Неделю назад самостоятельно обнаружила новообразование в левой молочной железе. Обратилась к маммологу, выполнено УЗИ молочных желез. С полученными результатами больная направлена к онкологу.

### **Анамнез жизни**

\* Сопутствующая патология: 2014г. секторальная резекция правой молочной железы по поводу фиброаденомы \* Семейный анамнез: у матери рак молочной железы, у тети по материнской линии рак яичников, у отца В-клеточная лимфома. \* Беременности – 0. Менструальная функция сохранена. \*

Аллергический анамнез: отрицает \* Профессиональные вредности отсутствуют

\* Вредные привычки: отрицает

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы бледно-розовые. Слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 110/70 мм рт.ст., ЧСС 66 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Стул регулярный. \_St.localis\_: Молочные железы симметричные, развиты правильно. Кожа, соски и ареолы не изменены. Отделяемого из сосков нет. В верхне-наружном квадранте левой молочной железы пальпируется опухолевый

узел, плотной консистенции, без четких границ, безболезненный, размерами 2,0х1,5 см. На коже правой молочной железы по верхнему краю ареолы послеоперационный рубец - чистый, без особенностей. В ткани железы - без явных узловых образований. В левой подмышечной области определяются плотные лимфоузлы до 1,2 см в диаметре. Над-/подключичные лимфоузлы с обеих сторон не пальпируются.

**Выберите необходимые для постановки диагноза методы обследования**

- полихимиотерапия с использованием препаратов платины
- гормонотерапия фазлодексом
- лучевая терапия на левую над-подключичную и аксиллярную зоны
- полихимиотерапия по схеме AC

**Результаты обследования**

**Выберите необходимые для оценки распространенности процесса методы обследования**

- полихимиотерапия с использованием препаратов платины
- гормонотерапия фазлодексом
- лучевая терапия на левую над-подключичную и аксиллярную зоны
- полихимиотерапия по схеме AC

**Результаты обследования**

**Основным клиническим диагнозом с учетом данных комплексного обследования будет рак левой молочной железы стадии**

- полихимиотерапия с использованием препаратов платины
- гормонотерапия фазлодексом
- лучевая терапия на левую над-подключичную и аксиллярную зоны
- полихимиотерапия по схеме AC

**Молекулярно-биологическим подтипом опухоли является**

- люминальный В HER-2 негативный
- тройной негативный
- люминальный А
- HER2 положительный (не люминальный)

**С учетом стадии заболевания и биологического подтипа опухоли на первом этапе комплексного лечения следует рекомендовать**

- хирургическое лечение
- полихимиотерапию
- лучевую терапию
- гормонотерапию

**Оптимальным режимом неoadьювантной химиотерапии в данном случае следует считать**

- 6 курсов в режиме XELOX
- 4 курса по схеме AC → 4 курса доцетаксел+трастузумаб
- 4 курса по схеме AC → 4 курса доцетаксел+карбоплатин AUC-6
- 6 курсов по схеме AC → 6 курсов доцетаксел+карбоплатин AUC-6

**После проведенного лекарственного лечения выполнено контрольное исследование. Маммография+ УЗИ молочных желез и регионарных лимфоузлов: В верхне-наружном квадранте (средний отдел) левой молочной железы определяется тяжистая перестройка ткани железы с металлической меткой на её фоне. Отдельные узловые образования в ткани молочных желёз не определяются. При УЗИ в этой зоне определяется только перестройка структуры. В настоящий момент патологически изменённые л/у не визуализируются. + \*Заключение:\* BI-RADS 6.**

**Эффективность лечебного воздействия можно оценить как + \_\_\_\_\_ + опухоли**

- полную регрессию
- прогрессирование
- частичную регрессию
- стабилизацию

**На II этапе лечения больной показано**

- хирургическое лечение
- продолжить химиотерапию по указанной схеме
- динамическое наблюдение
- проведение лучевой терапии по радикальной программе

**Оптимальным объемом хирургического этапа следует считать**

- радикальную резекцию левой молочной железы, в том числе в онкопластическом варианте + двустороннюю аднексэктомию
- профилактическую мастэктомию с обеих сторон +/- одномоментная реконструкция
- радикальную мастэктомию слева + профилактическую мастэктомию справа +/- одномоментная реконструкция
- секторальную резекцию левой молочной железы + биопсию сигнального лимфоузла

**Получен результат гистологического исследования операционного материала: + \*Левая молочная железа\*: В области металлической метки выявляется зона опухолевого ложа представленное разрастаниями фиброэластической ткани с ангиоматозом, очаговой лимфогистиоцитарной инфильтрацией с примесью сидерофагов, ксантомных и гигантских**

многоядерных клеток. Клеток резидуальной опухоли не отмечено, что следует расценивать как терапевтически индуцированные изменения V степени (по Miller-Payne.). В регионарной клетчатке выявлено 10 лимфатических узлов без признаков метастатического поражения. Сосок, ареола и ткани подсосковой области грудной железы без признаков неопластического роста. Residual Cancer Burden 0, Residual Cancer Burden Class - pCR. + \*Правая молочная железа\*: Сосок, ареола и ткани подсосковой области грудной железы без признаков неопластического роста. Ткань молочной железы со склеротическими изменениями, атрофическими изменениями эпителия протоков и долек микрокальцинатами. Признаков неопластического роста не отмечено. \*В адьювантном режиме больной рекомендуется\*

- гормонотерапия тамоксифеном + агонистами гонадотропин-рилизинг-гормонов в течение 5 лет
- только динамическое наблюдение
- химиотерапия трастузумабом в течение года
- лучевая терапия на мягкие ткани передней грудной стенки слева и на все зоны лимфооттока слева РОД 2Гр, СОД 50Гр

**В случае выявления мутаций генов BRCA 1/2 рекомендовано:**  
динамическое наблюдение маммологом, гинекологом, УЗИ органов малого таза, анализы крови на онкомаркеры (CA15-3, CA 125, HE-4) и

- ПЭТ-КТ
- маммография с томосинтезом
- УЗИ молочных желез и зон регионарного лимфооттока
- маммография и/или МРТ молочных желез

**В случае отказа от риск-редуцирующей мастэктомии пациентке, носителю мутации генов BRCA1/2, может быть предложена химиопрофилактика**

- ПЭТ-КТ
- маммография с томосинтезом
- УЗИ молочных желез и зон регионарного лимфооттока
- маммография и/или МРТ молочных желез

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 26 лет обратился на повторный прием в поликлиническое отделение онкологического диспансера

### **Жалобы**

На кашель, боль в спине, общую слабость, повышение температуры тела в последние 3 недели до 37,7<sup>0</sup>С в вечернее время

### **Анамнез заболевания**

4 недели назад появились вышеуказанные жалобы. В поликлинике по месту жительства проведена флюорография легких, где были выявлены очаговые изменения в легких. Обратился в поликлинику при хирургической клинике, где при колоноскопии, эзофагогастродуоденоскопии, фибробронхоскопии патологии не было выявлено, и больной направлен в онкологический диспансер. Была выполнена рентгенография органов грудной клетки, при которой выявлены множественные очаги от 1.0 до 6.0 см в диаметре в правом легком. При УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, яичек, регионарных лимфатических узлов - метастазы в надключичные и забрюшинные лимфатические узлы. Больному 10 дней назад была выполнена операция: удаление лимфатических узлов из левой надключичной области.

**\*Гистологическое заключение\*** - герминогенная опухоль, представленная эмбриональным раком. Пациент обратился повторно для определения тактики дальнейшего лечения

### **Анамнез жизни**

**\* хронические заболевания:** хронический гастрит, вне обострения, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника **\* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей нет \* аллергические реакции на медикаменты отрицает \* опухолевые заболевания в семье: тератома головного мозга у родного брата**

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 80 %. ECOG - 1. Вес 76 кг, рост 180 см. Температура тела 36,9<sup>0</sup>С. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Над легкими при перкуссии - ясный легочный звук. Дыхание в левом легком везикулярное, в правом легком жесткое, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 82 уд/мин, АД 126/77 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, безболезненный при глубокой пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный, 1-2 раза в день. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Дизурии нет. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, без особенностей, оба яичка в мошонке. В неврологическом статусе: сознание ясное, без общемозговой, очаговой, менингеальной симптоматики

**Необходимым сочетанием онкомаркеров в сыворотке крови для обследования данной группы пациентов является**

- ПЭТ-КТ
- маммография с томосинтезом
- УЗИ молочных желез и зон регионарного лимфооттока
- маммография и/или МРТ молочных желез

### **Результаты обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом диагностики является**



- ПЭТ-КТ
- маммография с томосинтезом
- УЗИ молочных желез и зон регионарного лимфооттока
- маммография и/или МРТ молочных желез

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **Предполагаемым основным диагнозом является**

- ПЭТ-КТ
- маммография с томосинтезом
- УЗИ молочных желез и зон регионарного лимфооттока
- маммография и/или МРТ молочных желез

#### **Стадирование заболевания у данного пациента осуществляется в соответствии с**

- классификацией IGCCCG
- действующей классификацией ВОЗ гистологического строения опухоли, с указанием доли каждого компонента опухоли
- системой TNM7 2009 года
- функциональным состоянием больного по шкале Карновского

#### **Учитывая наличие у данного пациента внегонадной локализации злокачественной герминогенной опухоли, основным методом лечения у него будет**

- хирургическое лечение в объеме двусторонней диагностической орхофуникулэктомии
- химиотерапия
- гормональная терапия
- дистанционная лучевая терапия

#### **Учитывая прогностическую классификацию IGCCCG, данному больному показана противоопухолевая лекарственная терапия по схеме**

- 4 курса полихимиотерапии по схеме PEI (этопозид, ифосфамид, цисплатин, уромитексан)
- 6 курсов полихимиотерапии по схеме EP (этопозид, цисплатин)
- 4 курса монохимиотерапии по схеме карбоплатин
- 3 курса полихимиотерапии по схеме BEP (блеомицин, этопозид, цисплатин)

#### **Циклы химиотерапии у пациентов со злокачественными герминогенными опухолями в стандартных режимах проводятся с периодичностью**

- 1 раз в неделю
- 1 раз в 21 день

- 1 раз в 28 дней
- ежедневно

**В случае фебрильной нейтропении при проведении предыдущего курса химиотерапии, показано профилактическое использование при проведении всех последующих курсов химиотерапии**

- Г-КСФ (гранулоцитарный колониестимулирующий фактор)
- ГКС (глюкокортикостероидных средств)
- цефалоспоринов 2-3 поколения
- НПВС (нестероидных противовоспалительных средств)

**К необходимым методам оценки эффекта проведенной химиотерапии у данного больного относится**

- общий анализ крови
- УЗИ органов брюшной полости и яичек
- рентгенография легких
- КТ органов грудной клетки и органов брюшной полости

**После проведенного химиотерапевтического лечения у пациента получены следующие данные при КТ органов грудной клетки и органов брюшной полости - ранее определяемый парааортальный лимфатический узел размерами 0.8 см. Других очаговых изменений не найдено; онкомаркеры: АФП - 2.1 МЕ/мл, ХГЧ - 0.8 МЕ/мл, ЛДГ - 302 Ед/л. К рекомендуемой тактике ведения пациента относят**

- дистанционную лучевую терапию на область парааортального лимфатического узла
- динамическое наблюдение за пациентом
- 2 курса химиотерапии
- забрюшинную лимфаденэктомию

**В случае рецидива опухоли у данного пациента наиболее целесообразно проведение**

- 6 курсов химиотерапии по схеме EP (этопозид, цисплатин)
- 4 курсов химиотерапии по схеме GemOX (гемцитабин, оксалиплатин)
- 4 курсов химиотерапии по схеме TGO (паклитаксел, гемцитабин, оксалиплатин)
- 4 курсов химиотерапии по схеме TTP (ифосфамид, цисплатин, паклитаксел)

**При прогрессировании заболевания у данного больного после второй линии химиотерапии, в виде солитарного метастаза в правую гемисферу мозжечка, размерами 3.2 см в диаметре, с неврологической симптоматикой**

**в виде цефалгического синдрома и выраженной мозжечковой атаксией, показано проведение**

- 6 курсов химиотерапии по схеме EP (этопозид, цисплатин)
- 4 курсов химиотерапии по схеме GemOX (гемцитабин, оксалиплатин)
- 4 курсов химиотерапии по схеме TGO (паклитаксел, гемцитабин, оксалиплатин)
- 4 курсов химиотерапии по схеме TTP (ифосфамид, цисплатин, паклитаксел)

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина, 26 лет направлен районным онкологом в МНИОИ им. П.А. Герцена, филиал ФГБУ «НМИЦ радиологии» Минздрава России

### **Жалобы**

На наличие опухоли в проекции правой бедренной кости. Болевой синдром в проекции опухоли, усиливающийся в ночное время суток, слабо купируемый анальгетиками.

### **Анамнез заболевания**

Со слов пациента отмечает возникновение болевого синдрома в проекции правого бедра 6 месяцев назад. К врачам не обращался. С течением времени отмечает усиление интенсивности болевого синдрома и появление в проекции правого бедра опухоли, незначительное ограничение движения в правом коленном суставе. При МРТ по месту жительства установлено опухолевое поражение. Направлен в МНИОИ.

### **Анамнез жизни**

Курит по 1 пачке в сутки в течение последних трех лет. Рос и развивался соответственно возрасту.

### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 188 см. Температура тела 36,7°C. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Доступные пальпации зоны регионарного лимфооттока без опухолевой патологии. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД – 15 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 15 уд в мин.  $PO_2$  98% \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца

ясные, ритм правильный, ЧСС 90 уд/мин, АД 140/90 мм.рт.ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. \* Правое бедро увеличено в объеме за счет опухолевого образования, располагающегося в дистальных отделах бедра. Опухоль располагается глубоко в мягких тканях, плотной консистенции, не смещаемая при пальпации. Протяженность до 15 см от щели коленного сустава. Сгибание в коленном суставе незначительно ограничено ввиду болевого синдрома.  
**Для сарком костей наиболее характерным является**

- наличие болевого синдрома, усиливающегося в ночное время
- незначительное повышение артериального давления
- незначительно повышенное ЧСС
- наличие курения в анамнезе

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- наличие болевого синдрома, усиливающегося в ночное время
- незначительное повышение артериального давления
- незначительно повышенное ЧСС
- наличие курения в анамнезе

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Для определения распространенности первичного очага из методов инструментальной диагностики лучше назначить**

- наличие болевого синдрома, усиливающегося в ночное время
- незначительное повышение артериального давления
- незначительно повышенное ЧСС
- наличие курения в анамнезе

**Результаты инструментальных методов обследования**

**По имеющимся клиническим, лабораторным и инструментальным данным пациенту можно поставить диагноз**

- наличие болевого синдрома, усиливающегося в ночное время
- незначительное повышение артериального давления
- незначительно повышенное ЧСС
- наличие курения в анамнезе

**Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- наличие болевого синдрома, усиливающегося в ночное время
- незначительное повышение артериального давления
- незначительно повышенное ЧСС

- наличие курения в анамнезе

### **Результаты дополнительных методов обследования**

#### **На первом этапе лечения пациенту следует рекомендовать**

- химиотерапию
- хирургическое лечение
- лучевую терапию
- иммунотерапию

#### **Основным препаратом системного лекарственного лечения остесаркомы является**

- интерферон альфа
- циклофосфамид
- доксорубицин
- пембролизумаб

#### **После проведения химиотерапии при отсутствии прогрессирования опухолевого процесса больному будет показана**

- таргетная терапия
- операция
- лучевая терапия
- иммунотерапия

#### **Пациенту после системного лекарственного лечения будет показано хирургическое лечение в объеме**

- ампутации правой нижней конечности
- эндопротезирования
- внутрикостной резекции бедренной кости
- экзартикуляции правой нижней конечности

#### **От определяемого края опухоли перед выполнением резекции бедренной кости необходим отступ в +\_\_\_\_+ см**

- 8
- 3
- 5
- 10

#### **Радикальность выполненной резекции кости интраоперационно определяют при помощи**

- интраоперационного УЗИ исследования
- срочного морфологического исследования

- линейки и определения протяженности отступа от ближнего края опухоли
- цитологического исследования

**В случае радикально выполненного хирургического вмешательства и выраженного лечебного патоморфоза опухоли по результатам планового морфологического исследования пациенту будет показано**

- интраоперационного УЗИ исследования
- срочного морфологического исследования
- линейки и определения протяженности отступа от ближнего края опухоли
- цитологического исследования

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 26 лет обратился на повторный прием в поликлиническое отделение онкологического диспансера

### **Жалобы**

на кашель, боль в спине, общую слабость, повышение температуры тела в последние 3 недели до 37,7 °С в вечернее время

### **Анамнез заболевания**

4 недели назад появились вышеуказанные жалобы. В поликлинике по месту жительства проведена флюорография легких, где были выявлены очаговые изменения в легких. Обратился в поликлинику при хирургической клинике, где при колоноскопии, эзофагогастродуоденоскопии, фибробронхоскопии патологии не было выявлено, и больной направлен в онкологический диспансер. Была выполнена рентгенография органов грудной клетки, при которой выявлены множественные очаги от 1.0 до 6.0 см в диаметре в правом легком. При УЗИ органов брюшной полости, щитовидной железы, яичек, регионарных лимфатических узлов - метастазы в надключичные и забрюшинные лимфатические узлы. Больному 10 дней назад была выполнена операция: удаление лимфатических узлов из левой надключичной области.

Гистологическое заключение - герминогенная опухоль, представленная эмбриональным раком. Пациент обратился повторно для определения тактики дальнейшего лечения

### **Анамнез жизни**

- хронические заболевания: хронический гастрит, вне обострения, остеохондроз пояснично-крестцового отдела позвоночника - не курит, алкоголем не злоупотребляет - профессиональных вредностей нет - аллергические реакции на медикаменты отрицает - опухолевые заболевания в семье: тератома головного мозга у родного брата

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 80 %. ECOG - 1. Вес 76 кг, рост 180 см. Температура тела 36,9°С. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Зев не гиперемирован, миндалины не

увеличены. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Над легкими при перкуссии - ясный легочный звук. Дыхание в левом легком везикулярное, в правом легком жесткое, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 82 уд/мин, АД 126/77 мм рт. ст. Живот умеренно вздут, безболезненный при глубокой пальпации. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный, оформленный, 1-2 раза в день. Симптом поколачивания отрицательный с двух сторон. Дизурии нет. Наружные половые органы развиты по мужскому типу, без особенностей, оба яичка в мошонке. В неврологическом статусе: сознание ясное, без общемозговой, очаговой, менингеальной симптоматики.

**Необходимым сочетанием онкомаркеров в сыворотке крови для обследования данной группы пациентов является**

- интраоперационного УЗИ исследования
- срочного морфологического исследования
- линейки и определения протяженности отступа от ближнего края опухоли
- цитологического исследования

**Результаты обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом диагностики является**

- интраоперационного УЗИ исследования
- срочного морфологического исследования
- линейки и определения протяженности отступа от ближнего края опухоли
- цитологического исследования

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом является**

- интраоперационного УЗИ исследования
- срочного морфологического исследования
- линейки и определения протяженности отступа от ближнего края опухоли
- цитологического исследования

**Стадирование заболевания у данного пациента осуществляется в соответствии с**

- действующей классификацией ВОЗ гистологического строения опухоли, с указанием доли каждого компонента опухоли
- классификацией IGCCCG
- функциональным состоянием больного по шкале Карновского
- системой TNM7 2009 года

**Учитывая наличие у данного пациента внегонадной локализации злокачественной герминогенной опухоли, основным методом лечения у него будет**

- химиотерапия
- дистанционная лучевая терапия
- гормональная терапия
- хирургическое лечение в объеме двусторонней диагностической орхофуникулэктомии

**Учитывая прогностическую классификацию IGCCCG, данному больному показана противоопухолевая лекарственная терапия по схеме**

- 6 курсов полихимиотерапии по схеме EP (этопозид, цисплатин)
- 3 курса полихимиотерапии по схеме BEP (блеомицин, этопозид, цисплатин)
- 4 курса монохимиотерапии по схеме карбоплатин
- 4 курса полихимиотерапии по схеме PEI (этопозид, ифосфамид, цисплатин, уромитексан)

**Циклы химиотерапии у пациентов со злокачественными герминогенными опухолями в стандартных режимах проводятся с периодичностью**

- 1 раз в неделю
- 1 раз в 28 дней
- 1 раз в 21 день
- ежедневно

**В случае фебрильной нейтропении при проведении предыдущего курса химиотерапии, показано профилактическое использование при проведении всех последующих курсов химиотерапии**

- Г-КСФ (гранулоцитарный колониестимулирующий фактор)
- НПВС (нестероидных противовоспалительных средств)
- ГКС (глюкокортикостероидных средств)
- цефалоспоринов 2-3 поколения

**К необходимым методам оценки эффекта проведенной химиотерапии у данного больного относится**

- КТ органов грудной клетки и органов брюшной полости
- общий анализ крови
- рентгенография легких
- УЗИ органов брюшной полости и яичек

**После проведенного химиотерапевтического лечения у пациента получены следующие данные при КТ органов грудной клетки и органов брюшной**



**полости - ранее определяемый парааортальный лимфатический узел размерами 0.8 см. Других очаговых изменений не найдено; онкомаркеры: АФП - 2.1 МЕ/мл, ХГЧ - 0.8 МЕ/мл, ЛДГ - 302 Ед/л. К рекомендуемой тактике ведения пациента относят**

- 2 курса химиотерапии
- забрюшинную лимфаденэктомию
- дистанционную лучевую терапию на область парааортального лимфатического узла
- динамическое наблюдение за пациентом

**В случае рецидива опухоли у данного пациента наиболее целесообразно проведение**

- 4 курсов химиотерапии по схеме TGO (паклитаксел, гемцитабин, оксалиплатин)
- 4 курсов химиотерапии по схеме GemOX (гемцитабин, оксалиплатин)
- 4 курсов химиотерапии по схеме TTP (ифосфамид, цисплатин, паклитаксел)
- 6 курсов химиотерапии по схеме EP (этопозид, цисплатин)

**При прогрессировании заболевания у данного больного после второй линии химиотерапии, в виде солитарного метастаза в правую гемисферу мозжечка, размерами 3.2 см в диаметре, с неврологической симптоматикой в виде цефалгического синдрома и выраженной мозжечковой атаксией, показано проведение**

- 4 курсов химиотерапии по схеме TGO (паклитаксел, гемцитабин, оксалиплатин)
- 4 курсов химиотерапии по схеме GemOX (гемцитабин, оксалиплатин)
- 4 курсов химиотерапии по схеме TTP (ифосфамид, цисплатин, паклитаксел)
- 6 курсов химиотерапии по схеме EP (этопозид, цисплатин)

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной П. 48 лет на осмотре у врача-онколога

### **Жалобы**

На першение, боли при глотании с иррадиацией в левое ухо, ощущение инородного тела в горле, поперхивание пищей, ощущение перекачивания слюны через валик, задержка пищи, осиплость голоса

### **Анамнез заболевания**

История настоящего заболевания: считает себя больным с марта 2017 года, когда появилась вышеуказанные жалобы: охриплость, впоследствии осиплость стала стойкой по этому поводу обратилась за мед. помощью в поликлинику по

месту жительства, откуда был направлен к онкологу. При осмотре выявлены увеличенные шейные лимфоузлы на шее слева. Произведена фиброларингоскопия: в области левой черпало-надгортанной складки имеется бугристая инфильтративная опухоль с изъязвлением, при инструментальной пальпации кровоточит, левый грушевидный синус не раскрывается, при фонации ограничение подвижности левой половины гортани.

#### **Анамнез жизни**

\* хронических заболеваний нет \* курит, алкоголь употребляет \* профессиональных вредностей не имеет \* пищевой и лекарственный аллергологический анамнез не отягощен

#### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 185 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальных окраски и влажности. Пульс симметричный, 70 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД=120/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Живот симметричный, не вздут, мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Почки не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Физиологические отправления в норме. Status localis: Остов гортани не изменен, симптом крепитации слабо положительный. На шее справа в верхней 1/3 имеется увеличенный л/у до 2,0 см плотный, ограничено смещаемый, умеренно-болезненный – при пальпации; при обратной ларингоскопии имеется опухоль левой черпало-надгортанной складки с распространением на грушевидный синус, левый грушевидный синус не раскрывается, при фонации ограничение подвижности левой половины гортани.

**К основным инструментальным методам диагностики относятся**

- КТ/МРТ шеи с контрастированием
- КТ органов грудной полости
- томограмма шеи
- фиброларингоскопия
- сцинтиграфия костей скелета

**При условии верифицированного плоскоклеточного рака гортаноглотки, опухоль более 4 см в наибольшем измерении или с фиксацией половины гортани соответствует символу**

- T2
- T4a
- T3
- T4d

**Тактика лечения рака гортаноглотки при T1, N + T2–3, любой N включает**

- лучевую терапию или хирургическую резекцию (эндоларингеальная резекция или частичная ларингофарингэктомия) ± операцию на шее и конкурентную химиолучевую терапию

- индукционную химиотерапию или ларингофарингэктомию с лимфодиссекцией на шее, в том числе VI уровня, или конкурентное химиолучевое лечение с включением цисплатина СВЧ
- операцию «спасение»
- индукционную полихимиотерапию с последующим решением вопроса о хирургическом лечении

#### **Тактика лечения рака гортаноглотки при T1–2, N0 включает**

- индукционную химиотерапию. При полной/частичной регрессии первичного очага рекомендуется самостоятельная лучевая терапия (УД 1)
- лучевую терапию или хирургическую резекцию (Эндоларингеальная резекция или частичная ларингофарингэктомия) ± операция на шее. При отсутствии неблагоприятных факторов прогноза таких как опухолевые клетки в крае резекции, экстракапсулярное распространение опухоли в лимфатические узлы - наблюдение
- индукционную химиотерапию. При отсутствии регрессии опухоли рекомендуется операция - хирургическая резекция (эндоларингеальная резекция или частичная ларингофарингэктомия) ± операция на шее с последующей лучевой терапией. При отсутствии неблагоприятных факторов прогноза таких как опухолевые клетки в крае резекции, экстракапсулярное распространение опухоли в лимфатические узлы - наблюдение
- ларингофарингэктомия с лимфодиссекцией на шее, в том числе VI уровня, или конкурентная химиолучевая терапия с включением цисплатина

#### **Тактика лечения рака гортаноглотки при T4a, любой N включает рекомендованный объем операции, индукционную химиотерапию и**

- РЧА – радиочастотную абляцию опухоли в области первичного очага
- конкурентную химиолучевую терапию
- полихимиотерапия с паллиативной целью
- лучевую терапию с паллиативной целью

#### **Выполнение органо-сохранной операции - (частичная ларингофарингэктомия) ± операция на шее возможно при размере распространенности опухоли, соответствующей символу**

- T3N0M0
- T2N1M0
- T1–2, N0
- T1N1M0

#### **В послеоперационном периоде показана лучевая терапия в режиме**

- конвекционального фракционирования: 66–74 Гр (2 Гр за фракцию)

- сопутствующего ускоренного гиперфракционирования: 72 Гр в течение 6 нед (1,8 Гр/фракция, большое поле; дополнительная доза – 1,5 Гр в качестве второй фракции в день в течение последних 12 дней лечения)
- альтернирующей лучевой терапии: 6 фракций в неделю в режиме ускоренного фракционирования (66–74 Гр на первичный очаг, 44–64 Гр – на зоны субклинического метастазирования)
- гиперфракционирования: 81,6 Гр в течение 7 нед (1,2 Гр 2 раза в день).

**Лучевая терапия в режиме конвекционального фракционирования: 66–74 Гр (2 Гр за фракцию) на опухоль складочного отдела гортани и зоны регионарного метастазирования в сод 66-70 Гр (2 Гр/фракция) ежедневно с понедельника по пятницу в течении 6-7 недель показана при размере опухоли, которая соответствует стадии**

- T1N0M0
- T3N0M0
- T1N1M0
- T2N0M0

**Послеоперационная лучевая терапия показана при стадиях первичной опухоли**

- pT3N0M0
- pT3–4 и N2–3
- pT2N1M0
- pT2N0M0

**Послеоперационная химиолучевая терапия показана при**

- размере опухоли, соответствующей pT3N0M0 с операцией на первом этапе
- наличии прорастания опухолью капсулы лимфоузла и/или при положительных краях резекции
- ранее выполненной органосохраняющей операции - резекции гортани
- включении в план лечения индукционной ПХТ

**Проведение индукционной химиотерапии при раке гортаноглотки T3N0M0, III ст. проводится с включением в схему**

- карбоплатина {asterisk} {asterisk} 1,5-2,0 AUC за неделю до начала ЛТ
- химиотерапия с включением цисплатина {asterisk} {asterisk} 100мг/м<sup>2</sup> 1-й, 22-й, 43-й дни
- цетуксимаба {asterisk} {asterisk} 400мг/м<sup>2</sup> за неделю до начала ЛТ предпочтительно еженедельное и 250 мг/м<sup>2</sup> еженедельно во время проведения ЛТ

- индукционной полихимиотерапии: Доцетаксел {asterisk} {asterisk} 75мг/м2 1-й день + цисплатин {asterisk} {asterisk} 75мг/м2 1-й день + 5-ФУ 1000мг/м2/сут 1-4 дни, всего 2-3 курса ХТ с интервалом 3 недели.

**После окончания лечения проводить обследования по стандарту необходимо**

- карбоплатина {asterisk} {asterisk} 1,5-2,0 AUC за неделю до начала ЛТ
- химиотерапия с включением цисплатина {asterisk} {asterisk} 100мг/м2 1-й, 22-й, 43-й дни
- цетуксимаба {asterisk} {asterisk} 400мг/м2 за неделю до начала ЛТ предпочтительно еженедельное и 250 мг/м<sup>2</sup> еженедельно во время проведения ЛТ
- индукционной полихимиотерапии: Доцетаксел {asterisk} {asterisk} 75мг/м2 1-й день + цисплатин {asterisk} {asterisk} 75мг/м2 1-й день + 5-ФУ 1000мг/м2/сут 1-4 дни, всего 2-3 курса ХТ с интервалом 3 недели.

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больная 60 лет обратилась к врачу-онкологу поликлиники по месту жительства.

### Жалобы

на наличие образования в правой молочной железе

### Анамнез заболевания

Накануне обращения к специалисту самостоятельно обнаружила уплотнение в правой молочной железе.

### Анамнез жизни

\* наследственность не отягощена. \* хронических заболеваний нет \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей не имеет \* менопауза около 10 лет

### Объективный статус

Состояние пациентки удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6° С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальных окраски и влажности. Пульс симметричный, 76 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД=110/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Живот симметричный, не вздут, мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Почки не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Физиологические отправления в норме. Status localis: Молочные железы симметричные, средних размеров (№3 по размеру бюстгальтера). Соски не втянуты, выделений из сосков нет. В правой молочной железе в верхне-наружном квадранте пальпируется опухолевидное образование 3,5х4 см, плотно-эластической консистенции, безболезненное, смещаемое по отношению к окружающим тканям. Периферические лимфатические узлы пальпаторно не увеличены.

**Основным методом для постановки диагноза в данном клиническом случае является**

- карбоплатина {asterisk} {asterisk} 1,5-2,0 AUC за неделю до начала ЛТ
- химиотерапия с включением цисплатина {asterisk} {asterisk} 100мг/м2 1-й, 22-й, 43-й дни
- цетуксимаба {asterisk} {asterisk} 400мг/м2 за неделю до начала ЛТ предпочтительно еженедельное и 250 мг/м<sup>2</sup> еженедельно во время проведения ЛТ
- индукционной полихимиотерапии: Доцетаксел {asterisk} {asterisk} 75мг/м2 1-й день + цисплатин {asterisk} {asterisk} 75мг/м2 1-й день + 5-ФУ 1000мг/м2/сут 1-4 дни, всего 2-3 курса ХТ с интервалом 3 недели.

## **Результаты**

**Необходимыми инструментальными методами обследования для постановки полного диагноза являются**

- карбоплатина {asterisk} {asterisk} 1,5-2,0 AUC за неделю до начала ЛТ
- химиотерапия с включением цисплатина {asterisk} {asterisk} 100мг/м2 1-й, 22-й, 43-й дни
- цетуксимаба {asterisk} {asterisk} 400мг/м2 за неделю до начала ЛТ предпочтительно еженедельное и 250 мг/м<sup>2</sup> еженедельно во время проведения ЛТ
- индукционной полихимиотерапии: Доцетаксел {asterisk} {asterisk} 75мг/м2 1-й день + цисплатин {asterisk} {asterisk} 75мг/м2 1-й день + 5-ФУ 1000мг/м2/сут 1-4 дни, всего 2-3 курса ХТ с интервалом 3 недели.

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**Основным диагнозом в данной ситуации является**

- карбоплатина {asterisk} {asterisk} 1,5-2,0 AUC за неделю до начала ЛТ
- химиотерапия с включением цисплатина {asterisk} {asterisk} 100мг/м2 1-й, 22-й, 43-й дни
- цетуксимаба {asterisk} {asterisk} 400мг/м2 за неделю до начала ЛТ предпочтительно еженедельное и 250 мг/м<sup>2</sup> еженедельно во время проведения ЛТ
- индукционной полихимиотерапии: Доцетаксел {asterisk} {asterisk} 75мг/м2 1-й день + цисплатин {asterisk} {asterisk} 75мг/м2 1-й день + 5-ФУ 1000мг/м2/сут 1-4 дни, всего 2-3 курса ХТ с интервалом 3 недели.

**Пациентка заинтересована в сохранении молочной железы. Проведен консилиум врачей с участием хирурга-онколога, химиотерапевта и радиолога. Тактика лечения пациентки на I этапе заключается в**

- хирургическом лечении в объеме лампэктомии

- неoadьювантном лекарственном лечении
- гормональной терапии антиэстрогенными препаратами (тамоксифен) или ингибиторами ароматазы (анастрозол, летрозол).
- дистанционной лучевой терапии в суммарной очаговой дозе 45-50 Гр на область молочной железы.

**Предпочтительная схема неoadьювантного химиотерапевтического лечения пациентки включает**

- анти-HER2/neu терапию: трастузумаб 6-12 мес
- доксорубицин  $60 \text{ мг/м}^2$  в/в в 1-й день + циклофосфамид  $600 \text{ мг/м}^2$  в/в в 1-й день x 4 цикла → доцетаксел\*\*  $75 \text{ мг/м}^2$  в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 4 цикла или 12 курсов паклитаксела  $80 \text{ мг/м}^2$  в еженедельном режиме
- гормональную терапию: Тамоксифен 20 мг/сут. внутрь ежедневно 5 лет
- режим FOLFOX 6 циклов: оксалиплатин  $85 \text{ мг/м}^2$  1-й день, кальция фолинат  $400 \text{ мг/м}^2$  в/в в течение 2 часов с последующим болюсом фторурацила  $400 \text{ мг/м}^2$  в/в струйно и 46-часовой инфузией фторурацила  $2400 \text{ мг/м}^2$  (по  $1200 \text{ мг/м}^2$  в сутки

**После завершения неoadьювантного лекарственного лечения у больной по данным контрольного клинико-инструментального обследования диагностирована частичная регрессия опухолевого процесса (PR): размеры опухолевого узла уменьшились более, чем на 50%. Учитывая данную клиническую ситуацию, пациентке необходимо рекомендовать**

- II этап – хирургическое лечение
- продолжение гормональной терапии тамоксифеном
- II этап – лучевую терапию
- смену линии лекарственного лечения

**Рекомендованным вариантом хирургического лечения для данного клинического случая является**

- органосохраняющее лечение: резекция правой молочной железы с определением «сторожевого» лимфатического узла или онкопластическая резекция.
- радикальная резекция молочной железы слева
- радикальная мастэктомия справа, радикальная мастэктомия слева, лимфаденэктомия правой подмышечной области (I-II уровни), определение «сторожевого» лимфатического узла слева
- радикальная расширенная мастэктомия справа

**Пациентке выполнена секторальная резекция правой молочной железы, в краях резекции опухолевых клеток не обнаружено. Однако при выполнении биопсии сторожевого лимфатического узла при срочном**

**цитологическом исследовании среза лимфатического узла получены клетки опухоли. Интраоперационно принято решение о**

- выполнении подмышечной лимфаденэктомии (I-II уровни).
- завершении операции на данном этапе
- иммуногистохимическом исследовании полученных образцов ткани лимфоузла
- проведении интраоперационной лучевой терапии на область молочной железы

**При плановом гистологическом исследовании операционного материала установлены размеры опухоли 2,5х2 см, 3 степень лечебного патоморфоза, микрометастаз в одном сторожевом лимфатическом узле. На III этапе комплексного лечения в данной клинической ситуации показано**

- проведение анти-Her2/neu-терапии
- назначение гормонотерапии
- проведение лучевой терапии на резецированную молочную железу
- продолжение системной химиотерапии

**Начать лучевую терапию необходимо через**

- 4-6 месяцев после хирургического лечения и полного заживления раны
- сутки после выполнения хирургического лечения
- 10-12 дней при первой возможности после полного заживления операционной раны, но не ранее 3 месяцев после операции
- 4-12 недель после хирургического лечения и полного заживления раны

**Неoadьювантная лекарственная терапия при операбельном раке молочной железы позволяет**

- уменьшить срок диспансерного наблюдения после завершения лечения
- снизить вероятность развития осложнений и побочных эффектов системной лекарственной терапии
- выполнить органосохраняющую операцию и улучшить косметический эффект
- исключить возможность развития опухоли в контрлатеральной молочной железе

**К фактору неблагоприятного прогноза рака молочной железы относят**

- уменьшить срок диспансерного наблюдения после завершения лечения
- снизить вероятность развития осложнений и побочных эффектов системной лекарственной терапии
- выполнить органосохраняющую операцию и улучшить косметический эффект



- исключить возможность развития опухоли в контрлатеральной молочной железе

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Больная 38 лет обратилась к врачу-онкологу поликлиники по месту жительства.

### Жалобы

на наличие образования в правой молочной железе

### Анамнез заболевания

Из анамнеза известно, что считает себя больной в течение последних пяти месяцев, когда самостоятельно обнаружила образование в правой молочной железе.

### Анамнез жизни

\* Наследственность отягощена по материнской линии: у бабушки и мамы был диагностирован рак молочной железы. \* Хронических заболеваний нет \* Не курит, алкоголем не злоупотребляет \* Профессиональных вредностей не имеет \* Менструации сохранены

### Объективный статус

Состояние пациентки удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 171 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые нормальных окраски и влажности. Пульс симметричный, 76 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД=110/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Живот симметричный, не вздут, мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Почки не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

Физиологические отправления в норме. Status localis: Молочные железы симметричные, средних размеров (№3 по размеру бюстгалтера). Соски не втянуты, выделений из сосков нет. В правой молочной железе в верхне-наружном квадранте пальпируется опухолевидное образование 3,5х4 см, плотно-эластической консистенции, безболезненное, смещаемое по отношению к окружающим тканям. Периферические лимфатические узлы пальпаторно не увеличены.

**Выберите все необходимые инструментальные методы обследования для постановки полного диагноза**

- генетическое исследование наличия мутаций в генах BRCA1/2, CHEK2
- фиброзофагогастродуоденоскопия;
- МРТ головного мозга
- УЗИ молочных желез
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза, регионарных зон лимфооттока
- рентгенологическое исследование молочных желез (маммография)

**Основным методом для постановки диагноза в данном клиническом случае является**

- генетическое исследование наличия мутаций в генах BRCA1/2, CHEK2
- фиброэзофагогастродуоденоскопия;
- МРТ головного мозга
- УЗИ молочных желез
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза, регионарных зон лимфооттока
- рентгенологическое исследование молочных желез (маммография)

## **Результаты**

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании клинико-лабораторных и инструментальных исследований пациентке можно поставить диагноз**

- генетическое исследование наличия мутаций в генах BRCA1/2, CHEK2
- фиброэзофагогастродуоденоскопия;
- МРТ головного мозга
- УЗИ молочных желез
- УЗИ органов брюшной полости и малого таза, регионарных зон лимфооттока
- рентгенологическое исследование молочных желез (маммография)

**Тактика лечения пациентки на I этапе заключается в проведении консилиума врачей с участием хирурга-онколога, химиотерапевта и радиолога, на котором будет рекомендовано**

- проведение на I этапе неоадьювантного лекарственного лечения
- проведение дистанционной лучевой терапии в суммарной очаговой дозе 45-50 Гр на область молочной железы
- хирургическое лечение в объеме радикальной мастэктомии справа по Madden
- проведение на первом этапе гормональной терапии антиэстрогенными препаратами (тамоксифен) или ингибиторами ароматазы (анастрозол, летрозол)

**После завершения неоадьювантного лекарственного лечения пациентке следует рекомендовать**

- хирургическое лечение на II этапе
- дополнительное локальное облучение ложа опухоли фотонами или высокоэнергетическими электронами до СОД – 10-14 Гр за 5-7 фракций по 2 Гр или до СОД – 7,5-10 Гр за 3-4 фракции по 2,5 Гр
- гормональную терапию на II этапе

- лучевую терапию на область молочной железы в суммарной очаговой дозе 45,5 – 50 Гр

**После завершения неоадьювантного лекарственного лечения у больной по данным контрольного клинико-инструментального обследования диагностирована частичная регрессия опухолевого процесса (PR): размеры опухолевого узла уменьшились более, чем на 50%. Учитывая данную клиническую ситуацию, пациентке необходимо рекомендовать**

- II этап – хирургическое лечение
- смену линии лекарственного лечения
- продолжение лекарственного лечения
- лучевую терапию на II этапе

**При планировании хирургического лечения наиболее целесообразной является операция в объеме**

- радикальной расширенной мастэктомией справа
- радикальной подкожной мастэктомии справа с одномоментной реконструкцией, профилактической мастэктомией слева с одномоментной реконструкцией.
- радикальной резекцией слева с одномоментной реконструкцией силиконовым имплантатом
- радикальной мастэктомии справа с одномоментной радикальной мастэктомией слева, проведение консилиума врачей через 1 год для рассмотрения вариантов отсроченной реконструкции молочных желез

**III этап комплексного лечения в данной клинической ситуации**

- показан только при выявлении неблагоприятных прогностических факторов при плановом гистологическом исследовании операционного материала.
- не показан
- показан
- возможен по желанию больной

**В данном клиническом случае (после подкожной мастэктомии с одномоментной реконструкцией) целесообразно рекомендовать лучевую терапию в дозе + \_\_\_\_\_ + фракций. Лечение проводят 5 раз в неделю.**

- СОД 60 Гр (экв. 70 Гр) за 18
- СОД 80 Гр (экв. 90 Гр) за 15
- СОД 10-14 Гр за 5-7
- РОД 2-2,5 Гр, СОД 50 Гр-экв. за 23-25

**Дальнейшие рекомендации для ведения больной включают наблюдение онколога поликлиники по месту жительства; контрольные инструментальные исследования: УЗИ реконструированных молочных желез, УЗИ регионарных зон через 3 месяца, далее через 6 мес., далее через 1 год (или по показаниям), УЗИ брюшной полости через 6 месяцев, далее 1 раз в год; рентгенологическое исследование органов грудной полости 1 раз в год, маммография 1 раз в год, МРТ молочных желез 1 раз в год и**

- продолжение поддерживающей лекарственной терапии
- выполнение остеосцинтиграфии 1 раз в год
- назначение IV этапа – гормональной терапии
- контрольные осмотры каждые 3 месяца

**Рекомендацией для обследования, наблюдения и профилактики развития рака молочной железы для родственников пациентки по женской линии является**

- только самообследование
- хирургическая профилактика рака молочной железы и яичников
- генетическое исследование крови для оценки наличия или отсутствия мутаций в генах BRCA1,2
- маммография – 1 раз в год вне зависимости от возраста

**К фактору неблагоприятного прогноза рака молочной железы относят**

- только самообследование
- хирургическая профилактика рака молочной железы и яичников
- генетическое исследование крови для оценки наличия или отсутствия мутаций в генах BRCA1,2
- маммография – 1 раз в год вне зависимости от возраста

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 57 лет направлен районным онкологом в МНИОИ им. П.А. Герцена

### **Жалобы**

на наличие опухоли по латеральной поверхности в правой подвздошной области, наличие болевого синдрома усиливающегося ночью и плохо купируемого анальгетиками.

### **Анамнез заболевания**

Со слов пациента опухоль появилась два месяца назад. С течением времени отмечает увеличение опухоли в размерах. В биохимических анализах крови отмечено повышение показателей щелочной фосфатазы до 620 ед/л в биохимическом анализе крови. Обратился к онкологу. После осмотра был направлен к районному онкологу, после осмотра районным онкологом направлен в МНИОИ им. П.А. Герцена.

## **Анамнез жизни**

В анамнезе с детства страдает экзостозной болезнью, частые ОРВИ, вирусный гепатит В, краснуха детском возрасте.

## **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 69 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6° С. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, размером до 1 см, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. \* Локальный статус: при пальпации в правой подвздошной области имеется опухолевое образование размером до 5 см незначительно возвышающееся над уровнем дермы. Опухоль при пальпации плотной консистенции, не смещаемая, незначительно болезненная при пальпации.

## **К основным методам обследования для постановки диагноза относятся**

- только самообследование
- хирургическая профилактика рака молочной железы и яичников
- генетическое исследование крови для оценки наличия или отсутствия мутаций в генах BRCA1,2
- маммография – 1 раз в год вне зависимости от возраста

## **Результаты обследования**

## **Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- только самообследование
- хирургическая профилактика рака молочной железы и яичников
- генетическое исследование крови для оценки наличия или отсутствия мутаций в генах BRCA1,2
- маммография – 1 раз в год вне зависимости от возраста

## **Результаты обследования**

### **Предполагаемый основной диагноз пациента**

- только самообследование
- хирургическая профилактика рака молочной железы и яичников
- генетическое исследование крови для оценки наличия или отсутствия мутаций в генах BRCA1,2
- маммография – 1 раз в год вне зависимости от возраста

### **Фактором риска развития саркомы кости, который можно отметить у данного пациента, является**

- вирусный гепатит В
- краснуха
- экзостозная болезнь
- наличие в анамнезе частых ОРВИ

### **Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в**

- онкологическом диспансере по месту жительства
- поликлинике по месту жительства
- федеральном НИИ онкологии
- районной больнице

### **Пациенту показано + \_\_\_\_\_ + лечение**

- лучевое
- хирургическое
- лекарственное
- химиолучевое

### **Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме**

- межподвздошно-брюшного вычленения справа
- удаления опухоли с резекцией крыла правой подвздошной кости
- чрескожной остеопластики опухолевого очага правой подвздошной кости
- радиочастотной термоабляции опухоли правой подвздошной кости

### **От определяемого края опухоли перед выполнением резекции кости необходим отступ в + \_\_\_\_\_ + см**

- 5
- 7
- 2
- 1,5

## **Радикальность выполненной резекции кости интраоперационно определяют при помощи**

- интраоперационного рентгенологического исследования
- срочного цитологического исследования костного мозга с опилов кости
- макроскопического анализа и определения протяженности отступа от ближнего края опухоли
- интраоперационной ультразвуковой диагностики

## **Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать**

- проведение дистанционной лучевой терапии на зону удаленной опухоли
- динамическое наблюдение
- проведение адъювантной иммунотерапии
- проведение адъювантной химиотерапии

## **Показанием для выполнения калечащих операций при саркомах конечностей является обширное первично-множественное распространение опухоли и**

- возраст пациента и сопутствующая сердечно-сосудистая патология
- выраженный болевой синдром в области расположения опухоли
- интенсивный рост опухоли с наличием изъязвления на коже и признаками распада опухоли
- вовлечение в опухоль магистрального сосудисто-нервного пучка

## **Наблюдение у районного онколога пациенту показано с периодичностью 1 раз в + \_\_\_\_\_ +, затем ежегодно**

- возраст пациента и сопутствующая сердечно-сосудистая патология
- выраженный болевой синдром в области расположения опухоли
- интенсивный рост опухоли с наличием изъязвления на коже и признаками распада опухоли
- вовлечение в опухоль магистрального сосудисто-нервного пучка

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

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

### **Жалобы**

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

### **Анамнез заболевания**

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

### **Анамнез жизни**

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

### **Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Рост 165 см. вес - 91 кг. ИМТ 33.5 кг/м<sup>2</sup>. Кожные покровы влажные. Избыточный рост волос на лице и шее, характерное изменение внешности: перераспределение подкожно-жировой клетчатки с избыточным отложением в области лица, шеи, надключичных областях, живота. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Пульс на обеих руках ритмичный, удовлетворительного наполнения, 78 уд/ мин. Периферических отеков нет. АД-170/100 мм.рт.ст. на обеих руках. Язык влажный, не обложен. Поверхностная и глубокая пальпация живота безболезненна во всех отделах. Послеоперационный рубец после нижнесрединной лапаротомии без особенностей. Дефектов в апоневрозе передней брюшной стенки нет. Размеры печени по Курлову - 9 x 8 x 7 см. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон.

**Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования**

- возраст пациента и сопутствующая сердечно-сосудистая патология
- выраженный болевой синдром в области расположения опухоли



- интенсивный рост опухоли с наличием изъязвления на коже и признаками распада опухоли
- вовлечение в опухоль магистрального сосудисто-нервного пучка

### **Результаты лабораторных методов обследования**

#### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- возраст пациента и сопутствующая сердечно-сосудистая патология
- выраженный болевой синдром в области расположения опухоли
- интенсивный рост опухоли с наличием изъязвления на коже и признаками распада опухоли
- вовлечение в опухоль магистрального сосудисто-нервного пучка

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **Предполагаемым основным диагнозом является**

- возраст пациента и сопутствующая сердечно-сосудистая патология
- выраженный болевой синдром в области расположения опухоли
- интенсивный рост опухоли с наличием изъязвления на коже и признаками распада опухоли
- вовлечение в опухоль магистрального сосудисто-нервного пучка

#### **Необходимым дополнительным лабораторным исследованием является**

- определение суточной экскреции метанефринов
- активность ренина плазмы
- проба Реберга
- маршевая проба

#### **Выберите среди перечисленных дополнительные инструментальные исследования, позволяющие провести стадирование опухолевого процесса**

- определение суточной экскреции метанефринов
- активность ренина плазмы
- проба Реберга
- маршевая проба

### **Результаты дополнительных инструментальных обследований**

#### **Биопсия опухоли надпочечника необходима, если**

- образование в надпочечнике обнаружено случайно при обследовании
- возникает подозрение на метастатическое поражение надпочечника
- есть подозрение на феохромоцитому
- опухоль гормонально не активна

**Наиболее вероятным жизнеугрожающим осложнением в периоперационном периоде у данной пациентки является**

- надпочечниковая недостаточность
- тромбоэмболия легочной артерии
- гипогликемическая кома
- почечная недостаточность

**С целью профилактики тромбоэмболических осложнений в дооперационном и послеоперационном периодах целесообразно использовать**

- эноксапарин
- варфарин
- аспирин
- дабигатран

**Методом выбора для оперативного лечения данной пациентки является**

- лапароскопическая левосторонняя адреналэктомия, нефрэктомия
- открытая левосторонняя адреналэктомия, нефрэктомия, аортокавальная лимфаденэктомия
- лапароскопическая левосторонняя адреналэктомия, аортокавальная лимфаденэктомия
- открытая левосторонняя адреналэктомия с почечной флеботомией и удалением опухолевого тромба, аортокавальная лимфаденэктомия

**С учетом данных, полученных при патогистологическом исследовании, Вы выполнили R0 резекцию и поставили пациентке диагноз Адренокортикальный рак левого надпочечника T4N0M0. Ki67% - 12%. В данной ситуации вы рекомендуете**

- воздержание от химиотерапевтического лечения
- проведение лучевой терапии на область удаленной опухоли
- проведение иммунотерапии интерфероном
- адъювантную химиотерапию митотаном

**В случае развития местного рецидива опухоли следует предпринять**

- фотодинамическую терапию
- лучевую терапию
- повторное хирургическое лечение
- усиление химиотерапии

**При адренокортикальном раке показано назначение дистанционной лучевой терапии**

- фотодинамическую терапию

- лучевую терапию
- повторное хирургическое лечение
- усиление химиотерапии

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациентка 33 лет госпитализирована в отделение эндокринологии по направлению из районной поликлиники

### Жалобы

На эпизодически возникающее повышение АД до 140/90 мм.рт.ст, сопровождающееся головной болью, общей слабостью, на ноющую боль в правой подреберной области

### Анамнез заболевания

В течение последних 4-х лет страдает артериальной гипертензией. На фоне терапии Нолипрелом артериальное давление находится на целевом уровне. 2 недели назад в связи с появлением ноющей боли в правом подреберье выполнено УЗИ органов брюшной полости, во время которого выявлена опухоль в проекции правого надпочечника около 9 см в диаметре.

Гормонального исследования не проводили. По направлению районного эндокринолога госпитализирована в эндокринологическое отделение многопрофильного стационара

### Анамнез жизни

Не работает. Домохозяйка. Не курит, алкоголем не злоупотребляет. Аллергических реакций на медикаменты не испытывает. Профессиональные вредности отрицает. Перенесенные заболевания: острые респираторные заболевания, детские инфекции. Сопутствующие заболевания: Ожирение 2 ст. Гипертоническая болезнь 2 ст. Ретикулярное варикозное расширение вен обеих ног. Хронический гастрит. Наличие среди ближайших родственников лиц, страдавших онкологическими, эндокринными заболеваниями, туберкулезом отрицает. В возрасте 20 и 23 лет родила здоровых детей путем кесарева сечения. Проблем с зачатием и вынашиванием детей не было. Диспансерные осмотры не проходила.

### Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение гиперстеническое. Масса тела 110 кг, рост 168 см. ИМТ =  $39 \text{ кг/м}^2$ . Кожный покров обычной окраски и влажности, чистый. Подкожная жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно. Периферических отеков нет. Видимые слизистые розовые. Щитовидная железа: не увеличена, узловые образования не пальпируются. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Молочные железы развиты по женскому типу, выделений из сосков нет, при пальпации узловые образования не определяются. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Костно-мышечная система без особенностей. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД 17 в мин. Пульс на обеих руках ритмичный, удовлетворительного наполнения, 78 уд/ мин. Периферических отеков нет. АД-120/80 мм.рт.ст. на обеих руках. Язык

влажный, не обложен. Поверхностная и глубокая пальпация живота безболезненна во всех отделах. Послеоперационный рубец после лапаротомии по Пфанненштилю без особенностей. Дефектов в апоневрозе передней брюшной стенки нет. Печень перкуторно не увеличена. Поколачивание по пояснице безболезненно с обеих сторон. Дизурии нет.

**Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования**

- фотодинамическую терапию
- лучевую терапию
- повторное хирургическое лечение
- усиление химиотерапии

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Выберите наиболее точный и информативный метод исследования для постановки диагноза**

- фотодинамическую терапию
- лучевую терапию
- повторное хирургическое лечение
- усиление химиотерапии

**Результаты обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом у пациентки является**

- фотодинамическую терапию
- лучевую терапию
- повторное хирургическое лечение
- усиление химиотерапии

**Необходимым дополнительным лабораторным методом исследования является**

- большая дексаметазоновая проба
- проба Реберга
- определение АКТГ
- определение альдостерон/ренинового соотношения

**Выберите дополнительные инструментальные методы исследования, позволяющие провести стадирование опухолевого процесса**

- большая дексаметазоновая проба
- проба Реберга
- определение АКТГ
- определение альдостерон/ренинового соотношения

## **Результаты дополнительных инструментальных методов обследования**

### **Биопсия опухоли надпочечника необходима, если**

- есть подозрение на феохромоцитому
- опухоль гормонально не активна
- образование в надпочечнике обнаружено случайно при обследовании
- возникает подозрение на метастатическое поражение надпочечника

### **Возможным жизнеугрожающим осложнением у данной пациентки является**

- острая надпочечниковая недостаточность
- гипогликемическая кома
- симпатoadреналовый криз
- почечная недостаточность

### **С целью профилактики тромбоэмболических осложнений в дооперационном и послеоперационном периодах целесообразно использовать**

- варфарин
- аспирин
- дабигатран
- эноксапарин

### **Методом выбора для оперативного лечения данной пациентки является**

- правосторонняя адреналэктомия с аортокавальной лимфаденэктомией из торакофретомного доступа
- лапароскопическая правосторонняя адреналэктомия с аортокавальной лимфаденэктомией
- лапаротомия, правосторонняя адреналэктомия с аортокавальной лимфаденэктомией
- люмботомия, правосторонняя адреналэктомия с аортокавальной лимфаденэктомией

### **С учетом данных, полученных при патогистологическом исследовании, Вы выполнили R0 резекцию и поставили пациентке диагноз**

**Адренокортикальный рак правого надпочечника с низким потенциалом злокачественности без прорастания фиброзной капсулы опухоли и сосудистой инвазии T2N0M0. Ki67% - 5%. В данной ситуации Вы рекомендуете**

- пожизненную заместительную терапию глюкокортикоидными гормонами
- проведение лучевой терапии на область удаленной опухоли
- проведение иммунотерапии интерфероном
- динамическое наблюдение 1 раз в 3 месяца

**В случае развития местного рецидива опухоли следует предпринять**

- усиление химиотерапии
- лучевую терапию
- фотодинамическую терапию
- повторное хирургическое лечение

**При аденокортикальном раке показано назначение дистанционной лучевой терапии**

- усиление химиотерапии
- лучевую терапию
- фотодинамическую терапию
- повторное хирургическое лечение

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 30 лет обратился к врачу-онкологу

### **Жалобы**

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

### **Анамнез заболевания**

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

### **Анамнез жизни**

\* хронических заболеваний нет \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей не имеет \* аллергическая реакция на амоксициллин в виде крапивницы

### **Объективный статус**

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

**Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является**

- усиление химиотерапии
- лучевую терапию
- фотодинамическую терапию

- повторное хирургическое лечение

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Среди инструментальных методов, необходимым для постановки диагноза является**

- усиление химиотерапии
- лучевую терапию
- фотодинамическую терапию
- повторное хирургическое лечение

### **Результат инструментального метода обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом является**

- усиление химиотерапии
- лучевую терапию
- фотодинамическую терапию
- повторное хирургическое лечение

### **Диагноз**

**Лечение данного пациента следует начинать с**

- гормонотерапии
- хирургического лечения
- лучевой терапии
- полихимиотерапии

**Классический режим лечения предполагает в качестве первой линии полихимиотерапии схему с включением**

- фторурацила
- кселоды
- ипилимумаба
- цисплатина

**Уровень маркеров АФП и bХГЧ нормализовался на 4 курсе полихимиотерапии. Больному показано**

- динамическое наблюдение
- еще два курса полихимиотерапии
- лучевая терапия
- хирургическое лечение

**Следующим этапом лечения следует рекомендовать**

- динамическое наблюдение
- проведение лучевой терапии
- смену режима химиотерапии
- хирургическое лечение

**При гистологическом исследовании операционного материала выявлены участки жизнеспособной опухолевой ткани. Дальнейшая лечебная тактика заключается в**

- продолжении лекарственного лечения
- проведении послеоперационной лучевой терапии
- назначении гормональной терапии
- проведении фотодинамической терапии

**В течение 1-ого года после завершения лечения контрольное обследование проводят каждые +\_\_\_\_\_+ месяца/ месяцев**

- 3-6
- 12
- 9
- 1-2

**После достижения ремиссии и завершения лечения исследование маркеров опухоли (АФП, ХГ, ЛДГ) рекомендуется проводить каждые**

- 6 мес. в последующие пять лет, далее ежегодно пожизненно
- 6 мес. первые 3 года и далее только при возникновении жалоб
- 3 мес. первые 2 года и далее каждые 6 мес. в последующие 3 года
- 6 мес. первые 2 года и далее раз в год в последующие 3 года

**Пациенты с несеминомными герминогенными опухолями средостения относятся к группе**

- промежуточного прогноза
- очень хорошего прогноза
- хорошего прогноза
- плохого прогноза

**Данное заболевание развивается**

- промежуточного прогноза
- очень хорошего прогноза
- хорошего прогноза
- плохого прогноза

**Условие ситуационной задачи**



## **Ситуация**

Мужчина 68 лет поступил в химиотерапевтическое отделение онкологического диспансера

## **Жалобы**

На кашель с трудно отделяемой мокротой, боли в спине.

## **Анамнез заболевания**

В связи с вышеуказанными жалобами обратился к терапевту в поликлинику по месту жительства. Выполнена рентгенография позвоночника и грудной полости, выявлен компрессионный перелом Th6. С целью уточнения диагноза проведена КТ органов грудной полости, при которой в верхней доле правого легкого выявлено периферическое образование 43х56 мм, отмечено увеличение ипсилатеральных трехеобронхиальных л/у до 17х25 мм и бифуркационных л/у до 20х18 мм. Направлен в онкологический диспансер для дополнительного обследования и выработки тактики лечения. Выполнена сцинтиграфия костей скелета, КТ брюшной полости – отмечено накопление РФП в Th6, дополнительных зон поражения не зафиксировано.

## **Анамнез жизни**

\* Хронический бронхит, лекарственные препараты не принимает. \* Алкоголем не злоупотребляет, курил в течение 15 лет не более 5 сигарет в день. Не курит 35 лет. \* Профессиональных вредностей не имеет \* Аллергические реакции отсутствуют

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 70. АД 130/85 мм рт.ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Стул с наклоном к запорам. Отмечается болезненность при пальпации в паравертебральной области на уровне Th5-Th8. Т тела 36,6°C. S тела 1,7 м<sup>2</sup>.

**Необходимым для получения морфологического диагноза методом обследования является**

- промежуточного прогноза
- очень хорошего прогноза
- хорошего прогноза
- плохого прогноза

## **Результаты обследования**

**Необходимыми дополнительными морфологическими методами исследования являются**

- промежуточного прогноза
- очень хорошего прогноза
- хорошего прогноза
- плохого прогноза

## **Результаты обследования**

**Опираясь на результаты обследования, можно поставить диагноз (TNM8)**

- промежуточного прогноза
- очень хорошего прогноза
- хорошего прогноза
- плохого прогноза

**На первом этапе лечения необходимо рекомендовать**

- лобэктомию с лимфаденэктомией и последующей лучевой терапией на Th6
- назначение химиотерапии, с купированием болевого синдрома при помощи ЛТ или анальгетиков
- проведение симптоматической терапии
- выполнение ортопедического пособия

**Как основной вид противоопухолевого лечения, рекомендована**

- химиотерапия двойной комбинацией на основе платиновых производных
- таргетная терапия ингибиторами BRAF и MEK
- таргетная терапия ингибиторами тирозинкиназы
- лучевая терапия на все зоны поражения

**В первой линии лекарственного лечения у этого пациента может быть использован**

- доцетаксел
- траметиниб
- дабрафениб
- афатиниб

**Таргетным препаратом, который относится к ингибиторам тирозинкиназы EGFR, является**

- осимертиниб
- вемурафениб
- олапариб
- ипилимумаб

**Первая линия таргетной терапии при немелкоклеточном раке легкого может быть прекращена в случае**

- отсутствия токсических реакций
- стабилизации заболевания в течении 3 и более месяцев с момента начала лечения
- уменьшения размеров метастатических очагов на 20%

- системного или симптомного прогрессирования заболевания

**Наиболее характерным проявлением токсичности для ингибиторов тирозинкиназ рецептора EGFR является**

- артериальная гипертензия
- кожная токсичность (пустулезная сыпь)
- потеря слуха
- отек

**Мутацией в гене EGFR, которую необходимо определять при системном прогрессировании опухолевого процесса на фоне приема ингибиторов тирозинкиназ 1 и 2 поколения, является**

- L858R (21 экзон)
- T790M (20 экзон)
- мутация в 18 экзоне
- делеция в 19 экзоне

**При аденогенном раке легкого могут определяться опухолевые маркеры**

- РЭА, СА 125, CYFRA 21-1
- АФП
- СА 19-9
- ПСА

**При аденокарциноме легкого применение монотерапии пембролизумабом в 1 линии лечения рекомендовано при уровне экспрессии PD-L1 +\_\_\_\_+%**

- РЭА, СА 125, CYFRA 21-1
- АФП
- СА 19-9
- ПСА

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 51 года обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

### **Жалобы**

на умеренно выраженные головные боли, речевые нарушения, на шум в ушах.

### **Анамнез заболевания**

19.06.2018 г. впервые возник судорожный приступ в правых конечностях. В последующем приступы неоднократно повторялись. При обращении к неврологу в поликлинике по месту жительства было рекомендовано и проведено КТ исследование головного мозга, при котором выявлена

внутричерепная опухоль левой заднелобно-теменной области. Пациент направлен на консультацию в онкологический центр.

### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания: хронический гастрит. \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей нет \* аллергические реакции на медикаменты отрицает \* опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез неотягощен.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 80 %. ECOG - 2. Вес 78 кг, рост 179 см. Температура тела 36,50°С. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 60/мин, АД 115/70 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. Неврологический статус: сознание ясное. Ориентирован во времени, пространстве и собственной личности. Движение глаз: нарушений нет. Конвергенция не нарушена. Аккомодация содружественная справа, содружественная слева. Снижения чувствительности на лице нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет. Нарушений чувствительности нет. Пароксизмальная симптоматика. Суставно-мышечное чувство сохранено. Двигательные функции не нарушены. Мышечный тонус не изменен. Мозжечковые функции не нарушены. Сухожильные и периостальные рефлексy не изменены, равномерны. Менингеальные симптомы отрицательные.

### **Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- РЭА, СА 125, CYFRA 21-1
- АФП
- СА 19-9
- ПСА

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Данному больному на основании проведенного обследования можно поставить диагноз**

- РЭА, СА 125, CYFRA 21-1
- АФП
- СА 19-9
- ПСА

**Для верификации диагноза необходимо провести**

- МР-диффузия всего тела
- проведение ПЭТ/КТ головы с [18F]-фтордезоксиглюкозой (18F-ФДГ)
- морфологическое исследование
- анализ крови на онкомаркеры

**Дальнейшей тактикой лечения пациента является**

- стереотаксическая радиохирургия на область опухоли
- блоковое удаление опухоли
- стереотаксическая биопсия опухоли
- субтотальное удаление опухоли

**Вторым этапом лечения пациента будет**

- лучевая терапия
- стереотаксическая радиохирургия на область опухоли
- иммунотерапия
- таргетная терапия

**На 3-м этапе лечения пациенту следует рекомендовать**

- таргетную терапию
- химиотерапию
- противосудорожную терапию
- динамическое наблюдение

**Оценка эффекта лекарственного лечения**

- проводится один раз в год в течение 5 лет
- проводится один раз в 6-9 месяцев в течение 2-3 лет
- заключается в проведении контрольных МРТ каждые 2-3 месяца в течение 2-3 лет
- проводится на основании данных осмотра окулиста

**Методом выбора лечения пациента при прогрессировании заболевания является**

- локальная лучевая терапия (радиохирургия/радиотерапия)
- 2-я линия химиотерапии
- иммунотерапия
- химиотерапия с включением производных платины

**После проведения комплексного лечения (хирургическое, лучевое, лекарственное) при подозрении на рецидив (по данным МРТ) рекомендовано провести**

- ПЭТ/КТ головного мозга с метионином
- перфузионную МСКТ головного мозга
- ПЭТ/КТ головного мозга с ФДГ
- диагностическую люмбальную пункцию (цитологическое исследование ликвора)

**Профилактика тошноты и рвоты, возникающей при проведении химиотерапии с умеренно эметогенным потенциалом, должна начинаться до начала химиотерапии и проводиться**

- в течение 15-20 дней
- в течение всего цикла химиотерапии
- в течение 10-14 дней
- не менее 3 дней после проведения химиотерапии

**Назначаемой медикаментозной сопроводительной терапией у больных с опухолями ЦНС является**

- инсулинотерапия
- гипотензивная терапия
- противоотечная терапия
- гепатопротекторная терапия

**Антиконвульсанты назначаются при**

- инсулинотерапия
- гипотензивная терапия
- противоотечная терапия
- гепатопротекторная терапия

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 48 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

### **Жалобы**

на умеренно выраженные головные боли, слабо купирующиеся анальгетиками, тошноту, рвоту, спастические боли в правой ноге и на чувство онемения в правой руке, нарушение бокового зрения слева.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной с апреля 2013 года, когда самостоятельно обнаружила опухоль в правой молочной железе. При обследовании по месту жительства по данным маммографии заподозрен рак правой молочной железы. Направлена в поликлинику онкологического центра. При дообследовании диагностирован и цитологически подтвержден рак правой молочной железы T1N0M0 I ст.: 22.05.2013г. Маммография: на границе верхних квадрантов правой молочной

железы определяется неправильной формы узловое образование с нечеткими тяжистыми контурами размерами 1,3х1,4х1,8 см, с тяжами в окружающие ткани. На фоне узла визуализируется скопление сгруппированных плеоморфных микрокальцинатов. 14.05.2013 г. УЗИ брюшной полости, малого таза: данных за метастатическое поражение органов нет. 23.05.2013г Рентгенография органов грудной клетки: очаговых и инфильтративных изменений не выявлено. 24.06.2013г. Радиоизотопное исследование костей скелета: патологии не выявлено. Больная госпитализирована в хирургическое отделение для оперативного лечения. \*Проведено лечение:\* 04.06.2013 г секторальная резекция правой молочной железы. + \*Гистологическое заключение\*: опухолевый узел размерами 1,5х1,2х1,4 см представлен разрастаниями инфильтративного рака неспецифического типа альвеолярно-солидного строения, 2 ст. злокачественности с наличием раковых эмболов в просвете лимфатических щелей, в 8 регионарных лимфоузлах без признаков опухолевого роста. ИГХ-исследование: РЭ- 0 баллов. РП: 0 баллов. Her2/neu: 0 баллов, Ki67 - 25%. С мая по август 2013 года проведено 4 курса ПХТ по схеме: Циклофосфан -600 мг/м<sup>2</sup> (1000 мг) в/в капельно + Доцетаксел - 75мг/м<sup>2</sup> (120 мг) в/в капельно. С 03.10.2013 г по 14.11.2013 г проведен курс дистанционной лучевой терапии на область оставшейся части правой молочной железы, РОД-2 Гр., СОД-50 Гр. + буст на ложе удаленной опухоли: РОД-2,5 Гр., СОД-12,5 Гр. + Осложнения: кожные реакции в конце курса ЛТ в виде гиперпигментации. Далее пациентка наблюдалась и периодически проходила обследование в онкологическом центре, отмечалась ремиссия заболевания. В декабре 2016 года появились жалобы на выраженные головные боли, тошноту, рвоту, спастические боли в правой ноге и на чувство онемения в правой руке, нарушение бокового зрения слева. При обращении к неврологу в поликлинике по месту жительства рекомендовано и проведено КТ исследование головного мозга с контрастным усилением, при котором выявлено образование в правой затылочной доле. Больная направлена в поликлинику онкологического центра, индекс Карновского 70 % на момент обращения.

#### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания: гипертоническая болезнь 2 ст., варикозное расширение вен нижних конечностей. \* не курит, алкоголем не злоупотребляет. \* профессиональных вредностей нет. \* аллергические реакции на медикаменты отрицает. \* опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез отягощен по раку молочной железы (по материнской линии).

#### **Объективный статус**

Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 65 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Данные осмотра молочных желез: Правая молочная железа деформирована вследствие ранее выполненной радикальной резекции. Послеоперационный рубец без признаков воспаления, рецидива заболевания. Ткань оставшейся части правой молочной железы без узловых образований. Кожа, сосок и ареола правой молочной железы не

изменены. В ткани левой молочной железы без узловых образований. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 75/мин, АД 120/85 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. Неврологический статус: Сознание ясное. Больная ориентирована в пространстве, времени и собственной личности. Критика сохранена. Умеренно выраженные головные боли. ЧМН: обоняние не нарушено, глазодвигательных нарушений нет, зрачки D=S, округлой формы, анизокории нет; фотореакции на свет (прямые и содружественные) живые, равномерные с обеих. Левосторонняя гемианопсия. Системное головокружение и вестибулярная атаксия не определяются. Функция глотания не нарушена. Двигательная сфера: без патологии. Суставно-мышечное чувство сохранено. Координаторные пробы выполняет относительно удовлетворительно. Менингеальные симптомы отрицательные.

**Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- инсулинотерапия
- гипотензивная терапия
- противоотечная терапия
- гепатопротекторная терапия

**Результаты**

**Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования**

- инсулинотерапия
- гипотензивная терапия
- противоотечная терапия
- гепатопротекторная терапия

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Данной больной на основании анамнеза и проведенного обследования можно поставить диагноз**

- инсулинотерапия
- гипотензивная терапия
- противоотечная терапия
- гепатопротекторная терапия

**Для верификации диагноза необходимо провести**

- стереотаксическую биопсию опухоли



- анализ крови на ca125
- морфологическое исследование
- биохимический анализ крови

### **Выбор тактики лечения пациентки определяется на основании**

- кт головного мозга с контрастным усилением
- электроэнцефалограммы
- неврологического дефицита
- консультации окулиста

### **На 1-м этапе пациентке показано**

- хирургическое лечение
- стереотаксическая радиохирургия на область церебрального метастаза
- химиотерапия
- циторедуктивная операция

### **Следующим этапом лечения пациентки будет**

- лучевая терапия
- стереотаксическая радиохирургия
- гормонотерапия
- иммунотерапия

### **На 3-м этапе лечения пациентке показано**

- таргетная терапия: Трастузумаб 6 мг/кг в/в (нагрузочная доза 8 мг/кг) 1 раз в 3 нед. или 2 мг/кг в/в (нагрузочная доза 4 мг/кг) еженедельно + ХТ до прогрессирования или неприемлемой токсичности
- гормонотерапия: Тамоксифен 20 мг/сутки внутрь ежедневно
- химиотерапия капецитабином
- таргетная терапия: Бевацизумаб 5–10 мг/кг в/в в каждые 2 недели

### **Оценка эффекта лекарственного лечения проводится**

- каждые 2–3 месяца.
- один раз в 6 месяцев
- после каждого курса химиотерапии
- на основании данных осмотра невролога

### **Режимом противоопухолевой лекарственной терапии при прогрессировании процесса в головном мозге является**

- химиотерапия: Гемцитабин+Цисплатин
- Топотекан 4 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й, 8-й и 15-й дни, каждые 4 недели, до 6 курсов
- Этопозид 100 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й, 2-й, 3-й дни + Карбоплатин AUC5 в/в в 1-й день, каждые 3 недели, до 6 курсов

- Иринотекан 65 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й и 8-й дни+ Цисплатин 80 мг/м<sup>2</sup> в/в 1-й день, каждые 3 недели, до 6 курсов

**После проведенного лечения, в качестве комплексного обследования рекомендовано проведение**

- КТ головного мозга без контрастного усиления, ЭЭГ, ПЭТ/КТ всего тела, МТ органов малого таза, МР-диффузия всего тела, УЗИ органов брюшинного пространства, консультация окулиста
- МРТ головного мозга с контрастным усилением, маммография, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, комплексное УЗИ
- КТ головного мозга с контрастным усилением, МРТ опорно-двигательного аппарата с контрастированием, перфузионная МСКТ головного мозга, ЭГДС, колоноскопия
- МРТ головного мозга с контрастным усилением, МР-диффузия всего тела, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, анализы крови на SCC, CA125, консультация невролога

**Проведение реабилитации пациентке после противоопухолевого лечения**

- КТ головного мозга без контрастного усиления, ЭЭГ, ПЭТ/КТ всего тела, МТ органов малого таза, МР-диффузия всего тела, УЗИ органов брюшинного пространства, консультация окулиста
- МРТ головного мозга с контрастным усилением, маммография, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, комплексное УЗИ
- КТ головного мозга с контрастным усилением, МРТ опорно-двигательного аппарата с контрастированием, перфузионная МСКТ головного мозга, ЭГДС, колоноскопия
- МРТ головного мозга с контрастным усилением, МР-диффузия всего тела, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, анализы крови на SCC, CA125, консультация невролога

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 57 лет обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

### **Жалобы**

на умеренно выраженные головные боли, расстройство памяти, речевые нарушения (воспроизведение речи), судорожные приступы, общую слабость

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больным в течение двух месяцев, когда впервые возник судорожный приступ с потерей сознания. За медицинской помощью не обращался. Через месяц судорожный приступ повторился, появились речевые

нарушения. 16 января 2017 года вышеописанные симптомы повторились. Госпитализирован с подозрением на ОНМК (острое нарушение мозгового кровообращения) в неврологическое отделение в ГКБ по месту жительства, выполнено КТ исследование головного мозга, при котором выявлено объемное образование левой височной доли головного мозга с зоной перифокального отека мозгового вещества, размерами 6,3х3,0х3,6 см. В отделении проводилась симптоматическая терапия (противоотечная) на фоне которой отмечено некоторое улучшение состояния. Выписан из больницы 20.01.2017 г с рекомендацией консультации в профильном учреждении. Пациент направлен на консультацию в онкологический центр.

#### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания: Гипертоническая болезнь 1 ст. 2ст. риск 3. \* перенесенные операции: в 2014 году оперирован по поводу посттравматического пневмоторакса. \* курит в течение 40 лет по 1 пачке в день, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей нет \* аллергические реакции на медикаменты отрицает \* опухолевые заболевания в семье: наследственность неотягощена.

#### **Объективный статус**

Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 3. Вес 72 кг, рост 176 см. Температура тела 36,7<sup>0</sup>С. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 135/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. Неврологический статус: Сознание ясное. Умеренно выраженные головные боли (общемозговая симптоматика). Правша. Движение глаз: нарушений нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Нарушения мимики нет. Симптомов орального автоматизма нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девииции языка нет. Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушены. Мышечный тонус не изменен. Моторная, амнестическая афазия. Пароксизмальная симптоматика. Менингеальный синдром отрицательный

#### **Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- КТ головного мозга без контрастного усиления, ЭЭГ, ПЭТ/КТ всего тела, МТ органов малого таза, МР-диффузия всего тела, УЗИ органов брюшинного пространства, консультация окулиста
- МРТ головного мозга с контрастным усилением, маммография, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, комплексное УЗИ

- КТ головного мозга с контрастным усилением, МРТ опорно-двигательного аппарата с контрастированием, перфузионная МСКТ головного мозга, ЭГДС, колоноскопия
- МРТ головного мозга с контрастным усилением, МР-диффузия всего тела, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, анализы крови на SCC, CA125, консультация невролога

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Данному больному на основании анамнеза заболевания и проведенного обследования можно поставить диагноз**

- КТ головного мозга без контрастного усиления, ЭЭГ, ПЭТ/КТ всего тела, МТ органов малого таза, МР-диффузия всего тела, УЗИ органов брюшинного пространства, консультация окулиста
- МРТ головного мозга с контрастным усилением, маммография, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, комплексное УЗИ
- КТ головного мозга с контрастным усилением, МРТ опорно-двигательного аппарата с контрастированием, перфузионная МСКТ головного мозга, ЭГДС, колоноскопия
- МРТ головного мозга с контрастным усилением, МР-диффузия всего тела, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, анализы крови на SCC, CA125, консультация невролога

### **Для верификации диагноза необходимо**

- консультация окулиста
- цитологическое исследование опухоли
- МР-диффузия всего тела
- морфологическое исследование

### **Выбором тактики лечения пациента будет**

- лучевая терапия
- глюкокортикостероиды
- стереотаксическая биопсия опухоли
- хирургическое лечение

### **На втором этапе лечения пациента будет проведена терапия**

- таргетная (Авастин (Бевацизумаб)-5 мг/кг внутривенно 1 раз в 2 недели, в течение 6 месяцев)
- лучевая на ложе удаленной опухоли
- антиконвульсантная (карбамазепин 200 мг 4 раза в сутки, внутрь, в течение 6 месяцев)
- лучевая на весь объем головного мозга (СОД 37,5Гр.)

### **На 3-м этапе пациенту следует рекомендовать**

- динамическое наблюдение
- до 6 курсов адъювантной платиносодержащей химиотерапии
- химиотерапию
- противосудорожную терапию (карбамазепин 200 мг 3 раза в сутки, внутрь, в течение 3 месяцев)

### **Оценкой эффекта лекарственного лечения будет проведение контрольной МРТ**

- 1 раз в год в течение 5 лет
- 1 раз в год в течение 3 лет
- 2 раза в год в течение 5 лет
- каждые 2-3 месяца в течение 2-3 лет

### **Методом лечения при прогрессировании заболевания является**

- динамическое наблюдение в течение 1 месяца с последующим проведением повторного МРТ исследования головного мозга с контрастным усилением
- 2-я линия химиотерапии
- назначение глюкокортикостероидов (дексаметазон 4 мг 3 раза в сутки, внутримышечно в течение 2 месяцев)
- противосудорожная терапия (Кеппра по 1000 мг 2 раза в сутки, внутрь, 6 месяцев)

### **Методом обследования при прогрессировании процесса в головном мозге (продолженный рост опухоли) является**

- МР-диффузия всего тела
- ЭЭГ (электроэнцефалограмма)
- ПЭТ с метионином
- КТ головного мозга без и с контрастным усилением

### **Стереотаксическая биопсия опухоли проводится в случае**

- метастатического поражения ЦНС, так как при первичных опухолях головного мозга рекомендовано субтотальное или тотальное удаление опухоли
- невозможности проведения блокового удаления опухоли
- мультифокального поражения, диффузного характера роста опухоли, двухсторонней локализации с вовлечением мозолистого тела, поражения срединных структур
- подозрения на опухолевое поражение головного мозга для определения тактики лечения пациентов

### **Дифференциальный диагноз проводится с**

- менингиомой
- церебральными метастазами
- невриномой
- краниофарингиомой

**К клиническим признакам и симптомам заболевания относят**

- менингиомой
- церебральными метастазами
- невриномой
- краниофарингиомой

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 64 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

### **Жалобы**

на умеренные головные боли, купирующиеся анальгетиками, слабость в левых конечностях, на общую слабость.

### **Анамнез заболевания**

С середины мая 2018 года появились жалобы на повышенную утомляемость, слабость в левых конечностях. В поликлинике по месту жительства после консультации невролога проведено КТ исследование головного мозга при котором выявлена опухоль правой теменной доли головного мозга размерами 3.5х4.0 см в диаметре, перифокальным отеком мозгового вещества и смещением срединных структур влево на 0.7 см. Пациентка направлена на консультацию в онкологический центр.

### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты. Гипертоническая болезнь 1 ст. 2ст. риск 3. \* операции: экстирпация матки с придатками 7 лет назад (по поводу миомы матки). \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей нет \* аллергические реакции на медикаменты отрицает \* опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 80 %. ECOG - 2. Вес 75 кг, рост 170 см. Температура тела 36,4°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Данные осмотра молочных желез: без патологических особенностей. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 75/мин, АД 135/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются.

Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. Неврологический статус: Сознание ясное. Умеренно выраженные головные боли, чаще в утреннее и вечернее время суток (общемозговая симптоматика). Движение глаз: нарушений нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Нарушения мимики нет. Симптомов орального автоматизма нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет. Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушены. Двигательные функции: левосторонний гемипарез силой 3,5-4 баллов. Мышечный тонус не изменен. Менингеальный синдром отрицательный. Высшие корковые функции не нарушены.

**Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- менингиомой
- церебральными метастазами
- невриномой
- краниофарингиомой

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Данной больной на основании анамнеза заболевания и проведенного обследования можно поставить диагноз**

- менингиомой
- церебральными метастазами
- невриномой
- краниофарингиомой

**Для верификации диагноза необходимо провести**

- морфологическое исследование
- ПЭТ/КТ головного мозга с ФДГ
- цитологическое исследование опухоли
- МР-трактография

**Выбором тактики лечения пациентки будет**

- лучевая терапия на весь объем головного мозга
- стереотаксическая радиохирургия
- хирургическое лечение
- химиотерапия

**На втором этапе лечения пациентке будет проведена**

- лучевая терапия на весь объем головного мозга (СОД 37,5 Гр.)

- химиотерапия Капецитабином-2000 мг/м<sup>2</sup> внутрь в 1-14 дни, до 6 курсов
- таргетная терапия (Авастин (Бевацизумаб)-5 мг/кг внутривенно 1 раз в 2 недели, в течение 6 месяцев)
- лучевая терапия на ложе удаленной опухоли

### **На 3-м этапе пациентке следует рекомендовать**

- химиотерапию по схеме: Паклитаксел-175 мг/м<sup>2</sup> (300 мг)+Карбоплатин AUC=5 (450 мг) внутривенно в 1-й день, курсы химиотерапии 1 раз в 3 недели
- химиотерапию по схеме: Топотекан 4 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й, 8-й и 15-й дни, каждые 4 недели, до 6 курсов
- химиотерапию по схеме: Темозоломид (Темодал) – 150-200 мг/м<sup>2</sup>/сутки внутрь 1-5 дни, каждые 28 дней (первый курс – 150 мг/м<sup>2</sup>/сутки (300 мг/сутки) внутрь 1-5 дни, интервал – 23 дня
- иринотекан 65 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й и 8-й дни+ Цисплатин 80 мг/м<sup>2</sup> в/в 1-й день, каждые 3 недели, до 6 курсов

### **Оценка эффекта проведенного лечения проводится**

- один раз в 6 месяцев в течение 5 лет
- один раз в 9 месяцев в течение 3 лет
- один раз в 12 месяцев в течение 6 лет
- каждые 2-3 месяца в течение 2-3 лет

### **Методом лечения при прогрессировании заболевания является**

- 2-я линия химиотерапии
- гормональная терапия
- противосудорожная терапия
- иммунотерапия

### **Методом диагностики при прогрессировании процесса в головном мозге (продолженный рост опухоли) является**

- КТ головного мозга без и с контрастным усилением
- ПЭТ/КТ с метионином
- МР-диффузия всего тела
- МРТ головного и спинного мозга с контрастным усилением

### **Стереотаксическая биопсия опухоли проводится**

- невозможности проведения блокового удаления опухоли
- только при метастатическом поражении ЦНС, так как при первичных опухолях головного мозга рекомендовано субтотальное или тотальное удаление опухоли



- в случае мультифокального поражения, диффузного характера роста опухоли, двухсторонней локализации с вовлечением мозолистого тела, поражения срединных структур
- всем пациентам с подозрением на опухолевое поражение головного мозга для определения тактики лечения пациентов

### **Головная боль при опухолях головного мозга купируется преимущественно**

- спазмолитиками
- комбинированными анальгетиками
- глюкокортикостероидами
- нестероидными противовоспалительными препаратами

### **Антиконвульсанты назначаются при**

- спазмолитиками
- комбинированными анальгетиками
- глюкокортикостероидами
- нестероидными противовоспалительными препаратами

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка Н. 47 лет обратилась к хирургу по месту жительства

### **Жалобы**

на слабость, утомляемость, периодические боли за грудиной при приеме твердой пищи, а так же затрудненное прохождение твердой пищи при глотании в течение последних 2-х месяцев, потеряла в весе 7 кг за последние 4 месяца, тошноту, периодическую рвоту только что съеденной пищей.

### **Анамнез заболевания**

Пациентка отмечает появление чувства дискомфорта за грудиной при приеме твердой пищи в течение последних 2-х месяцев, за последний месяц отметила затрудненное прохождение твердой пищи по пищеводу, в настоящее время проходит только жидкая и полужидкая пища. К врачу не обращалась. Похудела на 7 кг за последние 4 месяца. В настоящее время отмечает нарастание симптомов, появление непостоянных болей за грудиной давящего характера. Со слов не курит, крепкие спиртные напитки не употребляет. В 24 года перенесла ожог пищевода уксусной эссенцией.

### **Анамнез жизни**

\* В 24 летнем возрасте перенесла химический ожог пищевода; \* Не курит, крепкий алкоголь не употребляет; \* Почтальон. Профессиональных вредностей не имеет; \* Аллергические реакции не отмечает.

### **Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 57 кг, рост 163 см.

Температура тела 36,8 °С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, тургор не снижен., Аускультативно дыхание в легких

проводится во все отделы, хрипов над всей поверхностью легких нет. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, АД 115/65 мм.рт.ст, PS - 72 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Аускультативно перистальтика ясная. Со слов стул регулярный, физиологичной окраски, Мочеиспускание свободное.

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- спазмолитиками
- комбинированными анальгетиками
- глюкокортикостероидами
- нестероидными противовоспалительными препаратами

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- спазмолитиками
- комбинированными анальгетиками
- глюкокортикостероидами
- нестероидными противовоспалительными препаратами

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Данной пациентке на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования можно поставить диагноз**

- спазмолитиками
- комбинированными анальгетиками
- глюкокортикостероидами
- нестероидными противовоспалительными препаратами

**У пациентки дисфагия +\_\_\_\_\_+ степени**

- 3
- 1
- 4
- 2

**При раке пищевода наиболее частым гистологическим вариантом опухоли встречается**

- плоскоклеточный рак
- карциносаркома
- мелкоклеточный рак
- аденокарцинома

**Выбором метода лечения, показанным данной пациентке, является**

- только хирургическое лечение
- самостоятельная ХЛТ
- предоперационная ХЛТ + хирургическое лечение
- паллиативная химиотерапия

**Оптимальным режимом неоадьювантной ХЛТ является**

- 2 курса химиотерапии 5-ФУ + ДЛТ СОД 30 Гр
- 1 введение паклитаксел/карбоплатин + ДЛТ СОД 20 Гр
- паклитаксел/карбоплатин еженедельно 5 введений + ДЛТ до СОД 45-50 Гр
- 3 курса цисплатин + ДЛТ СОД 60 Гр + 3 курса цисплатин

**Рак пищевода, инфильтрирующий стенку органа до мышечного слоя включительно при отсутствии регионарных и отдаленных метастазов, соответствует следующей характеристике по системе TNM**

- T3N0M0
- T1N0M0
- T2N0M0
- T2N1M0

**В течение первого года после окончания комбинированного лечения контрольное обследование следует проводить с периодичностью 1 раз в**

- пол года
- год
- три месяца
- 1 месяц

**После радикального лечения при раке ниже-грудного отдела пищевода основным фактором развития местного рецидива или прогрессирования заболевания является**

- наличие опухолевых клеток в крае резекции
- выраженная потеря массы до начала лечения
- неоптимальный объем лимфодиссекции
- незавершенный курс предоперационного лучевой терапии

**Для мониторинга при лечении плоскоклеточного рака пищевода используют онкомаркеры**

- ПСА
- РЭА
- СА 19.9
- SCC

**При выявлении метастазов рака пищевода в шейно-надключичных лимфатических узлах после ранее проведенного радикального лечения, в первую очередь следует назначить**

- ПСА
- РЭА
- СА 19.9
- SCC

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент А. 67 лет обратился в поликлинику по месту жительства

### **Жалобы**

На периодические боли за грудиной, затрудненное прохождение твердой пищи при глотании в течение 3 месяцев, похудание на 5 кг за последние 3 месяца, тошноту, периодическую рвоту только что съеденной пищей с прожилками темного цвета.

### **Анамнез заболевания**

Пациент отмечает появления чувства дискомфорта за грудиной при приеме твердой пищи в течение последних 3-х месяцев, за последний месяц отметил затрудненное прохождение твердой пищи по пищеводу, в настоящее время проходит только жидкая и полужидкая пища. К врачу не обращался. Похудел на 5 кг за последние 3 месяца. В настоящее время отмечает нарастание симптомов, появление непостоянных болей за грудиной давящего характера. Со слов курит с 21 года в среднем по 20-25 сигарет в сутки, употребляет крепкие спиртные напитки.

### **Анамнез жизни**

\* Сопутствующие заболевания: ИБС, Артериальная гипертензия \* Курильщик, стаж более 20 лет, по 20-25 сигарет в сутки. \* Пенсионер. Профессиональных вредностей не имел \* Аллергические реакции не отмечает

### **Объективный статус**

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 87 кг, рост 170 см. Температура тела 36,6 °С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, тургор незначительно снижен. Над легкими дыхание несколько ослаблено, проводится во все отделы, аускультативно сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких. ЧДД 16 в мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 145/95 мм.рт.ст, PS - 82 в мин. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Перитонеальных симптомов нет. Аускультативно перистальтика ясная. Со слов стул регулярный, периодически темного цвета, Мочеиспускание свободное.

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- ПСА

- РЭА
- СА 19.9
- SCC

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- ПСА
- РЭА
- СА 19.9
- SCC

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Какой диагноз можно поставить у данного пациента на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?**

- ПСА
- РЭА
- СА 19.9
- SCC

**Дисфагия у пациента + \_\_\_\_\_ + степени**

- 2
- 1
- 3
- 4

**При раке пищевода наиболее частым гистологическим вариантом опухоли встречается**

- плоскоклеточный рак
- аденокарцинома
- карциносаркома
- мелкоклеточный рак

**Выбором метода лечения, показанным данному пациенту, является**

- только хирургическое лечение
- предоперационная ХЛТ + хирургическое лечение
- паллиативная химиотерапия
- самостоятельная ХЛТ

**Необходимым оптимальным режимом предоперационной ХЛТ является**

- 1 введение паклитаксел/карбоплатин + ДЛТ СОД 20 Гр
- 2 курса химиотерапии 5-ФУ + ДЛТ СОД 30 Гр
- паклитаксел/карбоплатин еженедельно 5 введений + ДЛТ до СОД 45-50 Гр
- 3 курса цисплатин + ДЛТ СОД 60 Гр + 3 курса цисплатин

**Рак пищевода, инфильтрирующий стенку органа до мышечного слоя включительно при отсутствии регионарных и отдаленных метастазов, соответствует характеристике по системе TNM**

- T2N1M0
- T4aN0M0
- T3N0M0
- T2N0M0

**В течение первого года после окончания комбинированного лечения контрольное обследование следует проводить с периодичностью 1 раз в**

- три месяца
- пол года
- год
- 1 месяц

**После радикального лечения при раке грудного отдела пищевода основным фактором развития местного рецидива или прогрессирования заболевания является**

- неоптимальный объем лимфодиссекции
- выраженная потеря массы до начала лечения
- незавершенный курс предоперационного лучевой терапии
- наличие опухолевых клеток в крае резекции

**Для мониторинга при лечении плоскоклеточного рака пищевода используют онкомаркеры**

- РЭА
- СА 19.9
- ПСА
- SCC

**При выявлении метастазов рака пищевода в шейно-надключичных лимфатических узлах после ранее проведенного радикального лечения, в первую очередь следует назначить**

- РЭА
- СА 19.9
- ПСА

- SCC

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациентка 25 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

### Жалобы

на приступы головной боли, тошноту, рвоту, судороги-фокальные в правой руке с вторичной генерализацией (2 генерализованных судорожных приступа без потери сознания), снижение остроты зрения, двоение в глазах, расстройство памяти.

### Анамнез заболевания

В конце декабря 2017 года появились жалобы на тошноту, рвоту, при обследовании был выявлен гепатит А. Пациентка получала лечение по поводу выявленного гепатита. Однако, вскоре после лечения возобновились приступы головной боли, появились жалобы на судороги в правой руке, позже произошло два генерализованных судорожных приступа без потери сознания с интервалом 7 дней, снижение остроты зрения, двоение в глазах, расстройство памяти. При обследовании по месту жительства выполнено КТ исследование головного мозга (26.01.2018г) при котором выявлено образование в левой затылочной доле головного мозга с переходом на задний рог левого бокового желудочка.

Пациентка направлена на консультацию в онкологический центр

### Анамнез жизни

\* хронические заболевания: отрицает. \* перенесенные операции: аппендэктомия. \* не курит, алкоголем не злоупотребляет. \* профессиональных вредностей нет. \* аллергические реакции на медикаменты отрицает. \* опухолевые заболевания в семье: наследственность неотягощена.

### Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 3. Вес 61 кг, рост 165 см. Температура тела  $36,5^{\circ}\text{C}$ . Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14/минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70/мин, АД 115/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. Неврологический статус: Сознание ясное. Умеренно выраженные головные боли, тошнота (общемозговая симптоматика). Правша. Движение глаз: нарушений нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Нарушения мимики нет. Симптомов орального автоматизма нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет. Поверхностная и глубокая чувствительность не

нарушены. Мышечный тонус не изменен. Амнестическая афазия. Пароксизмальная симптоматика. Менингеальный синдром отрицательный.  
**Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- РЭА
- СА 19.9
- ПСА
- SCC

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Данной больной на основании анамнеза заболевания и проведенного обследования можно поставить диагноз**

- РЭА
- СА 19.9
- ПСА
- SCC

**Для верификации диагноза необходимо провести**

- ПЭТ/КТ головы с [18F]-фтордезоксиглюкозой (18F-ФДГ)
- цитологическое исследование опухоли
- МР-трактографию головного мозга
- морфологическое исследование

**Выбором тактики лечения пациентки будет**

- противосудорожная терапия (депакин хроно 300 мг 3 раза в сутки, внутрь, 6 месяцев)
- хирургическое лечение
- стереотаксическая биопсия опухоли
- лучевая терапия на весь объем головного мозга

**На втором этапе лечения пациентки будет проведена терапия**

- лучевая на весь объем головного мозга (СОД 30Гр.+локально на ложе удаленной опухоли до СОД 15Гр.)
- антиконвульсантная (карбамазепин 200 мг 2 раза в сутки, внутрь, в течение 6 месяцев)
- лучевая на ложе удаленной опухоли
- таргетная (Авастин (Бевацизумаб)-5 мг/кг внутривенно 1 раз в 2 недели, в течение 6 месяцев)

**При гистологическом подтверждении диагноза «эпендимомы» пациентке с целью дообследования будет рекомендовано провести**



- электроэнцефалографию с компьютерной обработкой и функциональными пробами
- селективную церебральную ангиографию сосудов головного мозга
- МРТ головного и спинного мозга с контрастированием и исследование спинномозговой жидкости на опухолевые клетки
- перфузионную мультиспиральную компьютерную томографию головного мозга с контрастным усилением

**С целью оценки проведенного лечения необходимо проведение контрольной МРТ**

- 1 раз в год в течение 3 лет
- 1 раз в год в течение 5 лет
- 1 раз в 3 месяца
- 2 раза в год в течение 5 лет

**Методом лечения при прогрессировании заболевания является**

- гормонотерапия (дексаметазон 4 мг 3 раза в сутки, внутримышечно в течение 2 месяцев)
- противосудорожная терапия (Кеппра по 1000 мг 2 раза в сутки, внутрь, 6 месяцев)
- химиотерапия
- динамическое наблюдение в течение 1 месяца с последующим проведением повторного МРТ исследования головного мозга с контрастным усилением

**В случае прогрессирования в виде солитарного очага рассматривается вопрос**

- динамическом наблюдении пациентки в течение 3 месяцев с последующим контрольным обследованием
- лучевой терапии на весь объем головного мозга СОД 30Гр.
- повторной операции с последующей фракционированной ЛТ
- проведении симптоматической терапии (глюкокортикостероиды, антиконвульсанты)

**Объём повторной ЛТ зависит от**

- объема проведенной ранее лучевой и химиотерапии
- объема проведенного повторного хирургического вмешательства
- локализации опухолевого очага: в случае расположения опухоли в функциональной зоне, проводится минимальный объем лечебных мероприятий
- объёма предшествующей ЛТ, распространённости опухоли и времени, прошедшего с момента предшествовавшей ЛТ

## **Дифференциальный диагноз при первичных опухолях головного мозга проводится с**

- церебральными метастазами
- глиобластомой
- невриномой
- менингиомой

## **Сопроводительной медикаментозной терапией является**

- церебральными метастазами
- глиобластомой
- невриномой
- менингиомой

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 63 лет обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

### **Жалобы**

на умеренно выраженные головные боли, тошноту, головокружение, нарушение памяти, речи (восприятие речи)

### **Анамнез заболевания**

24.03.2018 года утром появились жалобы на головную боль в левой лобно-височной области. По дороге на работу (читал книгу) обратил внимание на нарушение восприятия прочитанной информации, снижение памяти, далее присоединились жалобы на тошноту, головокружение. В этот же день обратился в поликлинику по месту жительства, был консультирован неврологом, назначено и проведено КТ исследование головного мозга, при котором выявлено образование в левой височно-теменной области. Пациент направлен на консультацию в онкологический центр.

### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания и проведенные операции: \*\* Сахарный диабет 2 типа (болеет с 2010 года), принимает сиафор по 500 мг 3 раза в сутки. \*\* В 1998 году гемитиреоидэктомия по поводу тиреотоксикоза. Принимает эутирокс по 100 мг в сутки. \*\* Гипертоническая болезнь в течение 5 лет принимает нолипрел по 5 мг утром. \*\* Доброкачественная гиперплазия предстательной железы с 2005 года. Каждые 6 месяцев проходит осмотр у уролога (ТРУЗИ, ПСА). \*\* Киста левой почки с 2000 года. \*\* Аппендэктомия в 1992 году. \*\* Тонзиллэктомия в 1974 году. \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей нет \* аллергические реакции на медикаменты отрицает \* опухолевые заболевания в семье: онкологический анамнез не отягощен

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 80 %. ECOG - 2.

Вес 82 кг, рост 170 см. Температура тела 35,5<sup>0</sup>С. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90/мин, АД 135/90 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. Неврологический статус: сознание ясное. Умеренно-выраженные головные боли, афатические нарушения (амнестическая, сенсорная афазия). Движение глаз: нарушений нет. Конвергенция не нарушена. Аккомодация содружественная справа, содружественная слева. Зрачки OD=OS, средней величины, фотореакции живые с двух сторон. Снижения чувствительности на лице нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Нарушения функции мимических мышц лица нет. Симптомов орального автоматизма нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет. Нарушений чувствительности нет. Суставно-мышечное чувство сохранено. Двигательные функции не нарушены. Мышечный тонус не изменен. Мозжечковые функции: атаксия туловищная. Дискоординация: мимопопадание слева и справа. В позе Ромберга не устойчив. Менингеальные симптомы отрицательные.

**Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- церебральными метастазами
- глиобластомой
- невриномой
- менингиомой

**Результаты инструментального метода обследования**

**На основании анамнеза заболевания и проведенного обследования больному можно поставить диагноз**

- церебральными метастазами
- глиобластомой
- невриномой
- менингиомой

**Для верификации диагноза необходимо**

- церебральная ангиография
- цитологическое исследование опухоли
- морфологическое исследование
- ПЭТ/КТ головного мозга с ФДГ (фтордезоксиглюкозой)

### **Выбором тактики лечения пациента будет**

- хирургическое лечение
- лучевая терапия на весь объем головного мозга
- стереотаксическая биопсия опухоли
- стереотаксическая радиохирургия на область опухоли

### **С целью оценки объема проведенного хирургического лечения рекомендовано исследование**

- церебральная ангиография
- ПЭТ/КТ головного мозга с метионином
- КТ головного мозга
- ЭЭГ

### **На втором этапе лечения пациенту будет проведена**

- лучевая терапия на ложе удаленной опухоли
- таргетная терапия (Авастин (Бевацизумаб)-5 мг/кг внутривенно 1 раз в 2 недели, в течение 6 месяцев)
- стереотаксическая радиотерапия на область ложа удаленной опухоли и остаточную опухоль
- лучевая терапия на весь объем головного мозга (СОД 37,5Гр.)

### **На 3-м этапе пациенту будет проведена**

- противоопухолевая лекарственная терапия по схеме: Иринотекан 200 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й и 15-й дни + Бевацизумаб 5–10 мг/кг в/в в 1-й и 15-й дни, каждые 4 недели.
- противоопухолевая лекарственная терапия по схеме: Ниволумаб 3 мг/кг в/в + ипилимумаб 1 мг/кг в/в 1 раз в 3 недели 4 введения, далее — монотерапия ниволумабом 3 мг/кг в/в 1 раз в 2 недели
- химиотерапия
- химиотерапия по схеме: Топотекан 4 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й, 8-й и 15-й дни, каждые 4 недели, до 6 курсов

### **Оценкой эффекта лекарственного лечения будет проведение контрольной МРТ**

- 1 раз в год в течение 5 лет
- 2 раза в год в течение 5 лет
- каждые 2-3 месяца в течение 2-3 лет
- 1 раз в год в течение 3 лет

### **Методом лечения при прогрессировании заболевания является**

- кортикостероидная терапия
- 2-я линия химиотерапии

- иммунотерапия в сочетании с препаратами платины
- иммунотерапия

**Методом диагностики при прогрессировании процесса в головном мозге (продолженный рост опухоли) является**

- ПЭТ/КТ головного мозга с метионином
- динамическое наблюдение
- КТ головного мозга с контрастным усилением
- МР-диффузия всего тела

**Стереотаксическая биопсия опухоли проводится в случае**

- невозможности проведения блокового удаления опухоли
- мультифокального поражения, диффузного характера роста опухоли, двухсторонней локализации с вовлечением мозолистого тела, поражения срединных структур
- подозрения на опухолевое поражение головного мозга для определения тактики лечения пациентов
- метастатического поражения ЦНС, так как при первичных опухолях головного мозга рекомендовано субтотальное или тотальное удаление опухоли

**Одновременно с кортикостероидной терапией необходимо использовать**

- невозможности проведения блокового удаления опухоли
- мультифокального поражения, диффузного характера роста опухоли, двухсторонней локализации с вовлечением мозолистого тела, поражения срединных структур
- подозрения на опухолевое поражение головного мозга для определения тактики лечения пациентов
- метастатического поражения ЦНС, так как при первичных опухолях головного мозга рекомендовано субтотальное или тотальное удаление опухоли

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 57 лет направлена районным онкологом в МНИОИ им. П.А. Герцена

### **Жалобы**

На периодические боли в левой поясничной области.

### **Анамнез заболевания**

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

### **Анамнез жизни**

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

## **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 59 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6° С. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин.  $PO_2$  98% \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

**Для постановки диагноза необходимо провести**

- невозможности проведения блокового удаления опухоли
- мультифокального поражения, диффузного характера роста опухоли, двухсторонней локализации с вовлечением мозолистого тела, поражения срединных структур
- подозрения на опухолевое поражение головного мозга для определения тактики лечения пациентов
- метастатического поражения ЦНС, так как при первичных опухолях головного мозга рекомендовано субтотальное или тотальное удаление опухоли

## **Результаты обследования**

**К наиболее предполагаемому диагнозу относится**

- невозможности проведения блокового удаления опухоли
- мультифокального поражения, диффузного характера роста опухоли, двухсторонней локализации с вовлечением мозолистого тела, поражения срединных структур
- подозрения на опухолевое поражение головного мозга для определения тактики лечения пациентов
- метастатического поражения ЦНС, так как при первичных опухолях головного мозга рекомендовано субтотальное или тотальное удаление опухоли

## **Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- невозможности проведения блокового удаления опухоли
- мультифокального поражения, диффузного характера роста опухоли, двухсторонней локализации с вовлечением мозолистого тела, поражения срединных структур
- подозрения на опухолевое поражение головного мозга для определения тактики лечения пациентов
- метастатического поражения ЦНС, так как при первичных опухолях головного мозга рекомендовано субтотальное или тотальное удаление опухоли

## **Результаты обследования**

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в + \_\_\_\_\_ + условиях**

- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- амбулаторных (на дому)
- стационарных
- «дневного стационара»

**Пациенту показано + \_\_\_\_\_ + лечение**

- лучевое
- хирургическое
- химиотерапевтическое
- химиолучевое

**Пациенту показано оперативное вмешательство, в объеме**

- резекции левой почки
- таргетной терапии сунитинибом
- радикальной нефрэктомии
- радиочастотной термоабляции опухоли левой почки

**К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде относятся**

- спазмолитики
- муколитики
- антибиотики
- НПВС

**Гистологическое заключение: опухолевое образование размером 42 мм. Морфологически светлоклеточный почечно-клеточный рак G1, с очагами некроза и кровоизлияний. В краях резекции опухолевого роста нет. По классификации TNM7 у данной пациентки**

- T1bN0M1. Стадия IV
- T1aN0M 0. Стадия I
- T2aN0M0. Стадия I I
- T1bN 0 M 0. Стадия I

**Перед выпиской необходимо сделать исследование**

- УЗИ брюшной полости и забрюшинного пространства, УЗАС вен нижних конечностей
- цистоскопию
- обзорный рентген брюшной полости
- экскреторную урографию

**После выписки из стационара пациентке следует рекомендовать**

- диспансерное наблюдение
- проведение адъювантной иммунотерапии
- проведение дистанционной лучевой терапии
- проведение адъювантной химиотерапии

**К очевидным факторам риска развития рака паренхимы почки у этой пациентки относится**

- возраст
- промедление в обращении к онкологу
- курение
- активный образ жизни

**Наблюдение у районного онколога пациенту показано с периодичностью + \_\_\_\_\_ + затем ежегодно**

- возраст
- промедление в обращении к онкологу
- курение
- активный образ жизни

## **Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**

мужчина 55 лет обратился к врачу-онкологу

**Жалобы**

на периодически возникающий непродуктивный кашель

**Анамнез заболевания**

считает себя больным в течение последней недели, когда после флюорографического исследования, выполненного после переохлаждения, выявлена очаговая округлая тень в проекции верхней доли правого легкого.



### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания: \* курит в течение 35 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей не имеет \* онкологический анамнез отрицает

### **Объективный статус**

**Исходя из данных анамнеза и обследования при первом посещении, Ваши рекомендации по лечению заключаются в назначении**

- физиотерапии на 10 дней
- антибиотиков на 7 дней
- нестероидных противовоспалительных средств на 5 дней
- дезинтоксикационной терапии на 3-4 дня

**При повторном визите через 7 дней общее состояние пациента улучшилось, лейкоцитоз крови нормализовался, однако аускультативно сохраняются сухие хрипы в проекции верхней доли правого легкого и перкуторно обращает на себя внимание явное притупление легочного звука над верхушкой легкого. При контрольной рентгенографии в проекции верхней доли правого легкого сохраняется очаговая тень до 3-х см в диаметре. Других очаговых и инфильтративных изменений в легочной ткани не выявлено. Свободной жидкости, воздуха в плевральных полостях нет. Тень органов средостения не смещена. Вы выписали пациенту направление на**

- физиотерапии на 10 дней
- антибиотиков на 7 дней
- нестероидных противовоспалительных средств на 5 дней
- дезинтоксикационной терапии на 3-4 дня

### **Результаты обследования**

**Для постановки окончательного диагноза данному пациенту необходимо выполнить**

- физиотерапии на 10 дней
- антибиотиков на 7 дней
- нестероидных противовоспалительных средств на 5 дней
- дезинтоксикационной терапии на 3-4 дня

### **Результаты обследования**

**При выявлении таких изменений в легких пациенту необходимо назначить консультацию врача**

- фтизиатра
- ревматолога
- хирурга

- аллерголога

**С целью морфологической верификации диагноза, а также уточнения N-статуса, пациенту показано проведение**

- торакоскопии, биопсии лимфатических узлов средостения
- медиастиноскопии, биопсии лимфатических узлов средостения
- транстрахеальной эндоскопической пункции паратрахеальных лимфатических узлов справа под контролем ультразвука
- торакотомии, биопсии лимфатических узлов средостения под контролем зрения

**Предполагаемый основной диагноз**

- торакоскопии, биопсии лимфатических узлов средостения
- медиастиноскопии, биопсии лимфатических узлов средостения
- транстрахеальной эндоскопической пункции паратрахеальных лимфатических узлов справа под контролем ультразвука
- торакотомии, биопсии лимфатических узлов средостения под контролем зрения

**Верифицирован немелкоклеточный рак легкого с поражением группы паратрахеальных лимфатических узлов средостения (стадия 3A). В этом случае лечение пациента следует начинать с**

- неоадьювантной полихимиотерапии
- лучевой терапии
- гормонотерапии
- хирургического лечения

**По данным контрольного обследования после неоадьювантной полихимиотерапии отмечена положительная динамика. Дальнейшая тактика ведения этого пациента заключается в**

- проведении хирургического лечения, в случае отсутствия функциональной неоперабельности
- строгом динамическом наблюдении до выявления признаков прогрессии
- проведении лучевого лечения, в случае отсутствия функциональной неоперабельности
- проведении еще 4-х курсов полихимиотерапии по прежней схеме

**Объем хирургической интервенции составит**

- верхняя лобэктомия справа с медиастинальной лимфаденэктомией
- сегментэктомия 1,2 сегментов правого легкого с медиастинальной лимфаденэктомией
- пневмонэктомия справа с медиастинальной лимфаденэктомией

- нижняя билобэктомия справа с медиастинальной лимфаденэктомией

**Пациенту выполнено радикальное хирургическое лечение. Далее ему показано**

- проведение лучевой терапии род 2 гр, сод 60гр
- адъювантная химиотерапия в объеме 4 курса
- реабилитационные санаторно-курортные мероприятия
- динамическое наблюдение до признаков прогрессии

**Контрольное обследование в течение 1-ого года после завершения лечения по поводу опухолей средостения необходимо проводить каждые + \_\_\_\_\_ + месяца/месяцев**

- 3
- 6
- 1-2
- 9

**При распространенном немелкоклеточном раке легкого в качестве иммунотерапии I линии применяется препарат пембролизумаб, показанный при**

- 3
- 6
- 1-2
- 9

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 63 лет обратился к торакальному хирургу

### **Жалобы**

Не предъявляет

### **Анамнез заболевания**

При плановом обследовании по месту жительства, на основании данных КТ ОГК, выявлена опухоль средней доли правого легкого. Направлен в онкологический центр.

### **Анамнез жизни**

\* Работает кровельщиком \* Курит более 45 лет, по 1 пачке в день \*

Хронический бронхит \* Эмфизема легких \* Аллергоанамнез не отягощен

### **Объективный статус**

Органы дыхания .Осмотр. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины,

обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. Соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха не нарушено. Пальпация. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание не выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание.  $PO_2$  98%

**К основным инструментальным методам обследования для постановки диагноза относится**

- 3
- 6
- 1-2
- 9

**Результаты инструментальных методов обследования**

**К дополнительным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относится**

- 3
- 6
- 1-2
- 9

**Результаты дополнительных лабораторных методов обследования**

**Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- 3
- 6
- 1-2
- 9

**Результаты обследования**

**Наиболее предполагаемым диагнозом является**

- 3
- 6
- 1-2
- 9

**Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- 3

- 6
- 1-2
- 9

## **Результаты обследования**

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в**  
+ \_\_\_\_\_ + условиях

- условиях «дневного стационара»
- амбулаторных (на дому)
- стационарных (торакального отделения)
- стационарных (отделение интенсивной терапии)

## **Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме**

- условиях «дневного стационара»
- амбулаторных (на дому)
- стационарных (торакального отделения)
- стационарных (отделение интенсивной терапии)

## **Гистологическое заключение**

Средняя доля лёгкого размерами 14х9х6 см удалённая на уровне сегментарных бронхов. Фрагмент лёгкого удалён с частью перикарда размерами 5х5 см поверхность гладкая блестящая. В прикорневой зоне на расстоянии 1см от края резекции бронхов в ткани лёгкого определяется опухолевый узел размерами 5,5х3,5х3 см плотный, серый с чёткими границами подрастает в стенки сегментарных бронхов. В ткани легкого определяется опухолевый узел, представленный разрастаниями инвазивной аденокарциномы солидного субтипа G-III со слабо выраженными признаками внеклеточного слизееобразования. Опухоль врастает в перикард без признаков трансперикардальной инвазии. В 2 л/у корня легкого метастазы.

**На основании данных гистологического заключения операционного материала по классификации tnm у данного больного + \_\_\_\_\_ + стадия**

- T3N2M0. Стадия III A
- T 1a N 1 M 0. Стадия II A
- T2N2M1. Стадия IV
- T 3 N 1 M 0. Стадия IIIA

**Дополнительным методом исследования необходимым для подтверждения диагноза является**

- ИЦХ исследование
- иммуногистохимическое исследование
- бактериологическое исследование операционного материала
- молекулярно-генетическое исследование крови

**Пациенту показано дальнейшее + \_\_\_\_\_ + лечение**

- лучевое
- иммунотерапия
- химиотерапевтическое
- химиолучевое

**Пациенту показано химиотерапевтическое лечение по + \_\_\_\_\_ + схеме**

- таргетной терапии( гефитиниб, эрлотиниб, афатиниб)
- платиносодержащей (Пеметрексед+Цисплатин))
- неплатиносодержащей ( гемзар+ таксол)
- АСЕ ( доксорубицин+ циклофосфан+ этопозид)

**Очевидными факторами риска развития рака легкого у данного пациента являются**

- таргетной терапии( гефитиниб, эрлотиниб, афатиниб)
- платиносодержащей (Пеметрексед+Цисплатин))
- неплатиносодержащей ( гемзар+ таксол)
- АСЕ ( доксорубицин+ циклофосфан+ этопозид)

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 57 лет обратился к торакальному хирургу

### **Жалобы**

На одышку при нагрузке, слабость, потерю веса

### **Анамнез заболевания**

При прохождении предоперационного обследования по поводу паховой грыжи выявлено объемное образование в правом легком. Направлен в онкологический центр.

### **Анамнез жизни**

\* Работает металлургом; \* Курит более 30 лет, по 1 пачке в день; \* Хронический бронхит; \* Эмфизема легких; \* Аллергоанамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Органы дыхания . + Осмотр. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. Соотношение продолжительности фаз вдоха и выдоха не нарушено. Пальпация. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание не выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук,

приглушенный в нижних отделах справа. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, ослабленное в нижних отделах справа.  $PO_2$  98%

**К основным инструментальным методам обследования для постановки диагноза относятся**

- таргетной терапии( гефитиниб, эрлотиниб, афатиниб)
- платиносодержащей (Пеметрексед+Цисплатин))
- неплатиносодержащей ( гемзар+ таксол)
- ACE ( доксорубицин+ циклофосфан+ этопозид)

**Результаты инструментальных методов обследования**

**К дополнительным лабораторным методам обследования для постановки диагноза относится**

- таргетной терапии( гефитиниб, эрлотиниб, афатиниб)
- платиносодержащей (Пеметрексед+Цисплатин))
- неплатиносодержащей ( гемзар+ таксол)
- ACE ( доксорубицин+ циклофосфан+ этопозид)

**Результаты лабораторного метода обследования**

**Наиболее информативными методами постановки диагноза являются**

- таргетной терапии( гефитиниб, эрлотиниб, афатиниб)
- платиносодержащей (Пеметрексед+Цисплатин))
- неплатиносодержащей ( гемзар+ таксол)
- ACE ( доксорубицин+ циклофосфан+ этопозид)

**Результаты обследования**

**К наиболее предполагаемому диагнозу относится**

- таргетной терапии( гефитиниб, эрлотиниб, афатиниб)
- платиносодержащей (Пеметрексед+Цисплатин))
- неплатиносодержащей ( гемзар+ таксол)
- ACE ( доксорубицин+ циклофосфан+ этопозид)

**Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- таргетной терапии( гефитиниб, эрлотиниб, афатиниб)
- платиносодержащей (Пеметрексед+Цисплатин))
- неплатиносодержащей ( гемзар+ таксол)
- ACE ( доксорубицин+ циклофосфан+ этопозид)

## Результаты обследования

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводится в + \_\_\_\_\_ + условиях

- амбулаторных (на дому)
- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- стационарных (торакального отделения)
- «дневного стационара»

Пациенту показано оперативное вмешательство, в объеме

- пневмонэктомии слева
- верхней билобэктомии справа
- торакоскопической верхней лобэктомии справа
- нижней билобэктомии справа с медиастинальной лимфодиссекцией

**\*Гистологическое заключение\*:** нижняя доля правого лёгкого со средней долей общими размерами 21х12,5х9,5 см. В нижней доле преимущественно в 6-9 сегментах на расстоянии 3 см от края резекции бронха, массивное разрастание опухоли размерами 9,5х8,5х8 см. ткань опухоли серого цвета с чёрными вкраплениями, солидного строения, в центральной части с формированием полостей, заполненных крошкочным содержимым. края опухоли фестончатые. Опухоль прорастает в стенку сегментарного бронха, прорастает висцеральную плевру, врастает в среднюю долю. Перибронхиально определяется 5 лимфоузлов 0,5 см в диам., черного цвета. В ткани легкого разрастание умеренно дифференцированного плоскоклеточного ороговевающего рака. Опухоль прорастает в среднюю долю легкого. Достоверных признаков сосудистой инвазии не обнаружено. В крае резекции бронха без элементов опухолевого роста. Во всех макроскопически описанных и исследованных лимфатических узлах - синусгистиоцитоз, антракоз, фолликулярная гиперплазия. На основании данных гистологического заключения операционного материала по классификации tnm у данного больного + \_\_\_\_\_ + стадия

- T 1a N 1 M 0. Стадия II A
- T 3 N 0 M 0. Стадия II B
- T2N2M1. Стадия IV
- T3N2M0. Стадия III A

Пациенту показано дальнейшее + \_\_\_\_\_ + лечение

- химиолучевое
- иммунотерапия
- лучевое
- химиотерапевтическое



**Пациенту показано химиотерапевтическое лечение по + \_\_\_\_\_ + схеме**

- ACE ( доксорубицин+ циклофосфан+ этопозид)
- неплатиносодержащей ( гемзар+ таксол)
- таргетной терапии (гефитиниб, эрлотиниб, афатиниб)
- платиносодержащей (Этопозид + Карбоплатин)

**Пембролизумаб в качестве иммунотерапии 1 линии при распространенном плоскоклеточном раке легкого применяется при экспрессии PD-L1 в более 50 % опухолевых клетках при**

- наличие мутации в гене EGFR или отсутствие транслокации ALK/ROS I
- отсутствии мутаций в генах EGFR или p53
- наличии мутаций в генах EGFR или транслокации ALK/ROSI
- отсутствии мутаций в генах EGFR или транслокации ALK/ROSI

**Очевидными факторами риска развития рака легкого у данного пациента являются**

- наличие мутации в гене EGFR или отсутствие транслокации ALK/ROS I
- отсутствии мутаций в генах EGFR или p53
- наличии мутаций в генах EGFR или транслокации ALK/ROSI
- отсутствии мутаций в генах EGFR или транслокации ALK/ROSI

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 58 лет обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

### **Жалобы**

на умеренно выраженные головные боли в затылочной области, нарушение походки, головокружение, тошноту

### **Анамнез заболевания**

В 2001 году установлен диагноз: Рак правой почки T2N0M0. Проведено лечение: + 31.10.2001 г. хирургическое: нефрэктомия справа. Гистологическое заключение: светлоклеточный почечноклеточный рак II степени анаплазии. При ежегодном контрольном обследовании данных за прогрессирование процесса не отмечалось. + В декабре 2009 года (по данным КТ органов грудной клетки) выявлен метастаз в нижней доле левого легкого. Проведено лечение: + 15.01.2010 г хирургическое: торакоскопическая резекция нижней доли левого легкого. Гистологическое заключение: субплевральный фрагмент ткани легкого 5.0x3.0x1.5 см, на расстоянии 0.5 см от краев резекции определяется узловое образование без четких границ в центре которого киста 0.5 см, узел имеет строение метастаза светлоклеточного почечноклеточного рака 3 степени анаплазии. + С января 2018 года беспокоят головные боли. 08.02.2018 г внезапно возник окклюзионный приступ. Пациент был госпитализирован в

отделение неврологии в ГКБ по месту жительства с подозрением на ОНМК (острое нарушение мозгового кровообращения). При проведении КТ головного мозга выявлено объемное образование в левом полушарии мозжечка, предположительно метастатического характера. Пациент направлен в поликлинику онкологического центра, индекс Карновского 70 % на момент обращения.

### **Анамнез жизни**

\* Хронические заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Гипертоническая болезнь II ст. Подагра. \* Не курит, алкоголем не злоупотребляет. \* Профессиональных вредностей нет. \* Аллергические реакции на медикаменты отрицает. \* Опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез неотягощен.

### **Объективный статус**

Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 85 кг, рост 185 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 15/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 67/мин, АД 130/95 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный.

\*Неврологический статус\*: Сознание ясное. Ориентирован во времени, месте, собственной личности. Амнезии нет. Афазии нет. Обоняние сохранено. Зрачок S=D, средней величины, реагируют на свет живо, движения не ограничены, светобоязни нет, корнеальный рефлекс живой. Нистагм. Птоза нет. Нарушений болевой чувствительности головы, лица нет. Паралича мимической мускулатуры нет. Симптомов орального автоматизма нет. Слух не снижен. Глотание не нарушено. Небный и глоточный рефлексы живые. Атрофии языка нет, отклонения нет. Сухожильные рефлексы живые D=S. Патологического симптома Бабинского нет. Чувствительных нарушений на теле и конечностях не выявлено. Менингеальных симптомов нет. Походка изменена, атаксия туловищная. Пальце-носовая проба, проба на диадохокinez - выполняет с промахиванием с двух сторон, в простой позе Ромберга неустойчив. Апраксии, агнозии, нарушения схемы тела нет.

### **Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- наличие мутации в гене EGFR или отсутствие транслокации ALK/ROS I
- отсутствии мутаций в генах EGFR или p53
- наличии мутаций в генах EGFR или транслокации ALK/ROSI
- отсутствии мутаций в генах EGFR или транслокации ALK/ROSI

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования**

- наличие мутации в гене EGFR или отсутствие транслокации ALK/ROS I
- отсутствии мутаций в генах EGFR или p53
- наличии мутаций в генах EGFR или транслокации ALK/ROSI
- отсутствии мутаций в генах EGFR или транслокации ALK/ROSI

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Больному на основании анамнеза и проведенного обследования можно поставить диагноз**

- наличие мутации в гене EGFR или отсутствие транслокации ALK/ROS I
- отсутствии мутаций в генах EGFR или p53
- наличии мутаций в генах EGFR или транслокации ALK/ROSI
- отсутствии мутаций в генах EGFR или транслокации ALK/ROSI

**Для верификации диагноза необходимо провести**

- анализ крови на АФП
- стереотаксическую биопсию опухоли
- морфологическое исследование
- анализ крови на РЭА

**Выбор тактики лечения пациента определяется на основании**

- анамнеза заболевания пациента
- неврологического дефицита
- КТ головного мозга с контрастным усилением
- консультаций окулиста, невролога

**На 1-м этапе пациенту следует рекомендовать**

- хирургическое лечение
- стереотаксическую радиохимию на область церебрального метастаза
- таргетную терапию
- циторедуктивную операцию

**Следующим этапом лечения пациента будет**

- иммунотерапия
- стереотаксическая радиохимию
- лучевая терапия
- химиотерапия

**На 3-м этапе лечения пациенту следует рекомендовать**

- противоопухолевую лекарственную терапию по схеме: Иринотекан 200 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й и 15-й дни {plus} Бевацизумаб 5–10 мг/кг в/в в 1-й и 15-й дни, каждые 4 недели
- химиотерапию по схеме: Паклитаксел-175 мг/м<sup>2</sup> (300 мг) {plus} Карбоплатин AUC=5 (450 мг) внутривенно в 1-й день, курсы химиотерапии 1 раз в 3 недели
- химиотерапию по схеме: Топотекан 4 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й, 8-й и 15-й дни, каждые 4 недели, до 6 курсов
- таргетную терапию

### **Оценка эффекта лекарственного лечения проводится**

- на основании данных осмотра невролога, окулиста
- каждые 2–3 месяца
- один раз в 12 месяцев
- один раз в 6 месяцев

**После проведенного лечения, в качестве комплексного обследования рекомендовано провести МРТ головного мозга с контрастным усилением, а так же**

- рентгенологическое исследование органов грудной клетки, комплексное УЗИ
- МРТ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, перфузионная МСКТ головного мозга, колоноскопия
- МР-диффузия всего тела, МРТ опорно-двигательного аппарата, анализы крови на онкомаркеры, консультация невролога
- ЭЭГ, ПЭТ/КТ всего тела, МТ органов брюшной полости, МР-диффузия всего тела, УЗИ органов забрюшинного пространства, консультация невролога

### **Проведение реабилитации пациентке после противоопухолевого лечения**

- нецелесообразно
- рекомендовано только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- рекомендовано
- рекомендовано при стойком неврологическом дефиците

**Наиболее частыми побочными эффектами, характерными для ингибиторов VEGFR, являются**

- нецелесообразно
- рекомендовано только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- рекомендовано
- рекомендовано при стойком неврологическом дефиците

## **Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Пациент 59 лет обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

## **Жалобы**

на умеренно выраженные головные боли, слабость в правых конечностях, речевые нарушения

## **Анамнез заболевания**

В 2015 году установлен диагноз: Периферический рак нижней доли левого легкого T2N0M0, IV стадия. Проведено лечение: + хирургическое: 10.12.2015 г. нижняя лобэктомия слева. Гистологическое заключение: в ткани легкого определяется опухолевый узел диаметром 2,5 см, представленный разрастаниями аденокарциномы низкой степени дифференцировки (инвазивная аденокарцинома солидного (40%) и ацинарного (60%) типа) с признаками внеклеточного слизеобразования. В крае резекции бронха элементов опухолевого роста не определяется. В 8 внутрилегочных лимфатических узлах элементов опухолевого роста не определяется. В лимфоузле корня верхней доли легкого без элементов опухолевого роста. В 5 бифуркационных лимфатических узлах без элементов опухолевого роста. Молекулярно-генетическое исследование: мутаций в гене EGFR не выявлено. Далее пациент проходил ежегодное обследование, отмечалась ремиссия заболевания. В августе 2017 года появились жалобы на умеренно выраженные головные боли, слабость в правых конечностях, нарушение воспроизведения речи. Консультирован неврологом в поликлинике по месту жительства, рекомендовано и выполнено КТ исследование головного мозга, при котором выявлено образование в левой лобной доле головного мозга. Пациент направлен в поликлинику онкологического центра.

## **Анамнез жизни**

\* Хронические заболевания: Аутоиммунный тиреоидит. Левосторонний узловый зоб. Наблюдается у эндокринолога. Принимает Эутирокс по 100 мкг в день. \* Не курит, алкоголем не злоупотребляет. \* Профессиональных вредностей нет. \* Аллергические реакции на медикаменты отрицает. \* Опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен.

## **Объективный статус**

Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 89 кг, рост 170 см. Температура тела 35,6°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70/мин, АД 110/69 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. Неврологический статус: в сознании, ориентирован. Общемозговая симптоматика в виде умеренно выраженной головной боли. Зрачки ОД=ОС,

средней величины, фотореакции живые. Двигательная сфера: правосторонний гемипарез 3 балла в руке, 4 балла в ноге. Суставно-мышечное чувство сохранено. Моторная афазия. Поверхностные и глубокие виды чувствительности не нарушены. Координаторные пробы выполняет с промахиванием справа (правосторонняя гемиатаксия). Менингеальные симптомы отрицательные.

**Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- нецелесообразно
- рекомендовано только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- рекомендовано
- рекомендовано при стойком неврологическом дефиците

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования**

- нецелесообразно
- рекомендовано только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- рекомендовано
- рекомендовано при стойком неврологическом дефиците

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Какой диагноз можно поставить больному на основании анамнеза и проведенного обследования?**

- нецелесообразно
- рекомендовано только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- рекомендовано
- рекомендовано при стойком неврологическом дефиците

**Для верификации диагноза необходимо провести**

- биохимический анализ крови
- анализ крови на Cyfra 21-1
- морфологическое исследование
- анализ свертывающей системы крови

**Выбор тактики лечения пациента определяется на основании**

- консультаций окулиста, невролога
- анамнеза заболевания пациента
- КТ органов грудной клетки и головного мозга
- неврологического дефицита

### **На 1-м этапе пациенту следует рекомендовать**

- открытую биопсию опухоли
- хирургическое лечение
- противоопухолевую лекарственную терапию
- стереотаксическую радиохирургию на область церебрального метастаза

### **Следующим этапом лечения пациента будет**

- лучевая терапия
- химиотерапия
- стереотаксическая радиохирургия
- таргетная терапия

### **Для выбора режима противоопухолевой лекарственной терапии необходимо проведение**

- анализа крови на альфафетопротеин
- цитологического исследования опухоли
- молекулярно-генетического исследования опухоли
- биохимического анализа крови

### **Для пациентов с мутациями гена EGFR в качестве терапии I линии следует рассматривать**

- таргетную терапию: Бевацизумаб 5–10 мг/кг в/в в каждые 2 недели
- комбинированную иммунотерапию (анти-PD1 + анти-CTLA-4): Ниволумаб 1 мг/кг в/в капельно {plus} Ипилимумаб 3 мг/кг в/в капельно 1 раз в 3 недели (суммарно 4 введения), затем Ниволумаб 3 мг/кг (но не более 240 мг) в/в капельно 1 раз в 2 недели, длительно
- таргетную терапию ингибиторами тирозинкиназы; Афатиниб по 30–40 мг/сут. внутрь ежедневно до прогрессирования или непереносимой токсичности
- химиотерапию по схеме: Паклитаксел-175 мг/м<sup>2</sup> (300 мг) {plus} Карбоплатин AUC=5 (450 мг) внутривенно в 1-й день, курсы химиотерапии 1 раз в 3 недели

### **При транслокации ALK/ROS1 оптимальным режимом I первой линии является**

- пеметрексед 500 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день {plus} Карбоплатин AUC-5 в/в в 1-й день каждые 3 недели
- таргетная терапия Кризотинибом
- эрлотиниб по 150 мг/сут. внутрь ежедневно до прогрессирования или непереносимой токсичности
- гефитиниб по 250 мг/сут. внутрь ежедневно до прогрессирования или непереносимой токсичности

**При отсутствии драйверных молекулярно-генетических нарушений следует проводить химиотерапевтическое лечение**

- на основе производных платины в комбинации с винорелбином, гемцитабином, таксанами, этопозидом, пеметрекседом
- методом выбора является ХТ на основе высокодозного метотрексата
- методом выбора является монотерапия антрациклинами
- методом выбора является монотерапия препаратами платины

**Наиболее частыми побочными эффектами характерными для ингибиторов тирозинкиназы EGFR являются**

- на основе производных платины в комбинации с винорелбином, гемцитабином, таксанами, этопозидом, пеметрекседом
- методом выбора является ХТ на основе высокодозного метотрексата
- методом выбора является монотерапия антрациклинами
- методом выбора является монотерапия препаратами платины

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 61 года обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

### **Жалобы**

на умеренно выраженные головные боли, нарушение координации движений.

### **Анамнез заболевания**

Болеет с 2016 года, когда стали беспокоить проблемы с пищеварением (боли, изжога). При гастродуоденоскопии был обнаружен рак шейного и грудного отдела пищевода. Цитологическое заключение: плоскоклеточный рак с тенденцией к ороговению высокой степени дифференцировки. Хирургическое лечение не проводилось. + Первым этапом больной получал 3-курса ПХТ (паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> внутривенно в 1 день., цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> внутривенно в 1 день, капецитабин 1800 мг/м<sup>2</sup> внутрь в 1-14 дни). По результатам обследования, полный клинический эффект. + С 18.06.2016 года в онкологическом центре проведено комбинированное лечение: лучевая терапия на область пищевода, лимфоузлов средостения, шейно-надключичную область по 2Гр до СОД 46Гр (+14Гр на первичную опухоль)+ ПХТ по схеме: паклитаксел 50 мг/м<sup>2</sup>+карбоплатин АUC=2, еженедельно. По данным комплексного обследования через 3 месяца после проведенного лечения, данных за продолженный рост опухоли не выявлено. В марте 2018 года появились жалобы на головные боли. Позже присоединились головокружение и шаткость походки. При обращении к неврологу в поликлинике по месту жительства было рекомендовано и проведено КТ исследование головного мозга при котором обнаружено опухолевое образование в левой гемисфере мозжечка с выраженным перифокальным отеком. Больной направлен в онкологический



центр на дообследование и лечение. Получал противоопухолевую терапию (Дексаметазон 8 мг в сутки), симптоматика частично регрессировала.

#### **Анамнез жизни**

\* Хронические заболевания: хронический бронхит курильщика. \* Курит 40 лет по 1 пачке в день, алкоголем не злоупотребляет. \* Аллергические реакции на медикаменты отрицает. \* Опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез неотягощен.

#### **Объективный статус**

Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 80 кг, рост 171 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 67/мин, АД 130/75 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный.

Неврологический статус: в сознании, ориентирован. Общемозговая симптоматика в виде умеренно выраженной головной боли. Зрачки ОД=ОС, средней величины, фотореакции живые. Поверхностные и глубокие виды чувствительности не нарушены. Мозжечковая левосторонняя симптоматика (легкий горизонтальный нистагм, координаторные пробы выполняет с промахиванием слева, в позе Ромберга неустойчивость. Менингеальные симптомы отрицательные.

#### **Выберите необходимые для постановки диагноза инструментальные методы обследования**

- на основе производных платины в комбинации с винорелбином, гемцитабином, таксанами, этопозидом, пеметрекседом
- методом выбора является ХТ на основе высокодозного метотрексата
- методом выбора является монотерапия антрациклинами
- методом выбора является монотерапия препаратами платины

#### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования**

- на основе производных платины в комбинации с винорелбином, гемцитабином, таксанами, этопозидом, пеметрекседом
- методом выбора является ХТ на основе высокодозного метотрексата
- методом выбора является монотерапия антрациклинами
- методом выбора является монотерапия препаратами платины

#### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Какой диагноз можно поставить больному на основании анамнеза и проведенного обследования?**

- на основе производных платины в комбинации с винорелбином, гемцитабином, таксанами, этопозидом, пеметрекседом
- методом выбора является ХТ на основе высокодозного метотрексата
- методом выбора является монотерапия антрациклинами
- методом выбора является монотерапия препаратами платины

**Для верификации диагноза необходимо проведение**

- анализ свертывающей системы крови
- морфологического исследования
- анализ крови на АФП
- стереотаксическая биопсия опухоли

**Выбор тактики лечения пациента определяется на основании**

- консультаций окулиста, невролога
- неврологического дефицита
- анамнеза заболевания пациента
- эзофагогастродуоденофиброскопии

**На 1-м этапе пациенту следует рекомендовать**

- противоопухолевую лекарственную терапию
- хирургическое лечение
- открытую биопсию опухоли
- стереотаксическую радиохирургию на область церебрального метастаза

**Следующим этапом лечения пациента будет**

- иммунотерапия
- лучевая терапия
- стереотаксическая радиохирургия
- химиотерапия

**На третьем этапе лечения пациенту рекомендовано проведение**

- химиотерапии
- стереотаксической радиохирургии
- иммунотерапии
- гормонотерапии

**Оценка эффекта лекарственного противоопухолевого лечения проводится**

- каждые 2–3 месяца
- один раз в 6 месяцев

- один раз в 12 месяцев
- после каждого курса химиотерапии

**После проведенного лечения, в качестве комплексного обследования рекомендовано провести**

- КТ головного мозга с контрастным усилением, МРТ опорно-двигательного аппарата с контрастированием, перфузионная МСКТ головного мозга, КТ головного мозга с контрастным усилением, колоноскопию
- МРТ головного мозга с контрастным усилением, ЭГДС, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, комплексное УЗИ
- КТ головного мозга без контрастного усиления, ЭЭГ, ПЭТ/КТ всего тела, МТ органов малого таза, МР-диффузия всего тела, УЗИ органов брюшинного пространства, консультацию окулиста
- МРТ головного мозга с контрастным усилением, МР-диффузию всего тела, МРТ опорно-двигательного аппарата, анализы крови на онкомаркеры, консультацию невролога

**Проведение реабилитации пациенту после противоопухолевого лечения**

- рекомендовано
- рекомендовано только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- рекомендовано при стойком неврологическом дефиците
- нецелесообразно

**Для контроля тошноты и рвоты, возникающих на фоне химиотерапии, рекомендуется применение**

- рекомендовано
- рекомендовано только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- рекомендовано при стойком неврологическом дефиците
- нецелесообразно

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной 3. 65 лет обратился на прием к гастроэнтерологу

### **Жалобы**

на общую слабость, снижение массы тела на 7 кг за последние 4 месяца, периодические ноющие боли в эпигастральной области, чувство тяжести после еды, тошноту, эпизодическую рвоту ранее съеденной пищей, появление плотного объемного образования в надключичной области слева.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больным в течение последних 2 месяцев, когда впервые отметил

общую слабость, чувство тяжести после приема пищи, самостоятельно принимал спазмолитические и ферментные препараты с незначительным положительным эффектом. В связи с нарастанием болевого синдрома, присоединением рвоты после приема пищи обратился за медицинской помощью. Похудел на 7 кг в течение 4 месяцев.

#### **Анамнез жизни**

В течении последних 5 лет наблюдался у терапевта по поводу гастрита. Тяжелые сопутствующие заболевания отрицает. Периодически отмечал боли в желудке на фоне нерегулярного питания. Рекомендованное терапевтом лечение не выполнял. Курит с 15 лет, периодически употребляет крепкие алкогольные напитки. Отец умер от рака желудка. Пенсионер.

#### **Объективный статус**

При осмотре: пациент пониженного питания, рост 182 см, вес 63 кг. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности, тургор кожи несколько снижен. Тоны сердца приглушены, АД 110/75 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин. Язык влажный, без налета. Живот не вздут, мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральном отделе. Аускультативно перистальтика активная, шума «плеска» нет. В надключичной области слева пальпируется плотное малоподвижное образование 1.5x2.0 см

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- рекомендовано
- рекомендовано только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- рекомендовано при стойком неврологическом дефиците
- нецелесообразно

#### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- рекомендовано
- рекомендовано только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- рекомендовано при стойком неврологическом дефиците
- нецелесообразно

#### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?**

- рекомендовано
- рекомендовано только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- рекомендовано при стойком неврологическом дефиците
- нецелесообразно

**При раке желудка наиболее частым гистологическим вариантом опухоли является**

- аденокарцинома
- плоскоклеточный рак
- карциносаркома
- смешанный железисто-плоскоклеточный рак

**Основным вариантом лечения на первом этапе у данного пациента является**

- проведение иммунотерапии
- проведение химиолучевой терапии
- проведение лучевой терапии
- проведение химиотерапии 1-ой линии

**При стенозирующей или местно-распространенной опухоли антрального отдела желудка и кишечном гистологическом типе, объемом паллиативного вмешательства на желудке у пациента является**

- паллиативная дистальная резекция желудка
- гастрэктомия
- эндоскопическое устранение обструкции
- формирование обходного гастроэнтероанастомоза

**При выполнении паллиативной дистальной резекции желудка пациенту показан объем лимфадиссекции**

- D0
- D2
- D1
- D3

**В случае интраоперационного выявления канцероматоза, местно-распространенной опухоли желудка или метастатическом поражении печени, пациенту необходимо выполнение**

- паллиативной гастрэктомии
- шунтирующей операции в объеме: гастроэнтеростомии
- дистальной субтотальной резекции желудка, лимфаденэктомии D2
- комбинированного хирургического вмешательства с удалением отдаленных метастазов (циторедуктивная операция)

**При метастатическом поражении 5 регионарных лимфоузлов по данным гистологического исследования операционного материала при отсутствии противопоказаний, методом послеоперационного лечения для пациента является**

- контрольный осмотр каждые 2-3 месяца
- неоадьювантная лучевая терапия
- гипертермическая внутрибрюшная химиотерапия
- адьювантная химиотерапия

**После хирургического лечения проводить контрольное обследование в течение первого года следует с периодичностью один раз в**

- месяц
- год
- полгода
- три месяца

**При выборе схемы лекарственной терапии метастатического рака желудка необходимо учитывать**

- рецепторы половых гормонов
- HER-2 статус опухоли
- наличие мутации гена KRAS
- наличие *Helicobacter pylori*

**При лабораторной диагностике рака желудка используют онкомаркеры**

- рецепторы половых гормонов
- HER-2 статус опухоли
- наличие мутации гена KRAS
- наличие *Helicobacter pylori*

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная К. 62 лет обратилась на прием к гинекологу

### **Жалобы**

на общую слабость, снижение массы тела на 7 кг за последние 4 месяца, периодические ноющие боли в эпигастральной области, тошноту, тянущие боли внизу живота, увеличение живота в размере за последний месяц.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной в течение последних 6 месяцев, когда впервые отметила общую слабость, тянущие боли внизу живота, чувство тяжести после приема пищи, самостоятельно принимала спазмолитические и обезболивающие препараты с незначительным положительным эффектом. В связи с нарастанием болей внизу живота, увеличение живота в объеме, обратилась за медицинской помощью. Похудела на 7 кг в течение 4 месяцев.

### **Анамнез жизни**

В течении последних 5 лет наблюдалась у гастроэнтеролога по поводу язвенной болезни желудка. Тяжелые сопутствующие заболевания отрицает.

Периодически отмечала боли в желудке на фоне нерегулярного питания. Рекомендации гастроэнтеролога не выполняла. Вредные привычки отрицает. Дед по линии отца умер от рака желудка.

### **Объективный статус**

При осмотре: пациентка пониженного питания, рост 162 см, вес 63 кг. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности, тургор кожи несколько снижен. Тоны сердца приглушены, АД 135/90 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин. Язык влажный, без налета. Живот не вздут, мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области, увеличен в объеме за счет скопления асцитической жидкости. Аускультативно перистальтика ясная. При осмотре на кресле: Per rectum – на высоте пальца патологии не выявлено, на перчатке следы кала физиологической окраски. Гинекологический осмотр: при бимануальном исследовании правые придатки увеличены в размере, при пальпации болезненные.

### **Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- рецепторы половых гормонов
- HER-2 статус опухоли
- наличие мутации гена KRAS
- наличие Helicobacter pylori

### **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- рецепторы половых гормонов
- HER-2 статус опухоли
- наличие мутации гена KRAS
- наличие Helicobacter pylori

### **Результаты инструментального метода обследования**

### **Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?**

- рецепторы половых гормонов
- HER-2 статус опухоли
- наличие мутации гена KRAS
- наличие Helicobacter pylori

### **При раке желудка наиболее частым гистологическим вариантом опухоли является**

- карциносаркома

- смешанный железисто-плоскоклеточный рак
- аденокарцинома
- плоскоклеточный рак

**Основным вариантом лечения на первом этапе у данной пациентки является проведение**

- иммунотерапии
- химиотерапии 1-ой линии
- лучевой терапии
- химиолучевой терапии

**При стенозирующей или местно-распространенной опухоли субкардиального отдела желудка и кишечном гистологическом типе, объемом паллиативного вмешательства на желудке у пациента является**

- паллиативная проксимальная резекция желудка
- гастрэктомия
- формирование обходного гастроэнтероанастомоза
- эндоскопическое устранение обструкции

**При выполнении паллиативной дистальной резекции желудка пациентке показан объем лимфодиссекции**

- D1
- D3
- D2
- D0

**В случае интраоперационного выявления канцероматоза , местно-распространенной опухоли желудка или метастатическом поражении печени, пациенту необходимо выполнение**

- шунтирующей операции в объеме: гастроэнтеростомии
- паллиативной гастрэктомии
- дистальной субтотальной резекции желудка, лимфаденэктомии D2
- комбинированного хирургического вмешательства с удалением отдаленных метастазов (циторедуктивная операция)

**При метастатическом поражении 5 регионарных лимфоузлов по данным гистологического исследования операционного материала при отсутствии противопоказаний, методом послеоперационного лечения для пациента является**

- адъювантная химиотерапия
- неадъювантная лучевая терапия
- гипертермическая внутрибрюшная химиотерапия



- контрольный осмотр каждые 2-3 месяца

**После хирургического лечения проводить контрольное обследование в течение первого года следует с периодичностью один раз в**

- полгода
- три месяца
- месяц
- год

**При выборе схемы лекарственной терапии метастатического рака желудка необходимо учитывать**

- наличие мутации гена KRAS
- HER-2 статус опухоли
- наличие *Helicobacter pylori*
- рецепторы половых гормонов

**При лабораторной диагностике рака желудка используют онкомаркеры**

- наличие мутации гена KRAS
- HER-2 статус опухоли
- наличие *Helicobacter pylori*
- рецепторы половых гормонов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной Н. 74 лет обратился на прием к участковому терапевту

### **Жалобы**

на незначительную слабость, утомляемость, снижение массы тела на 8 кг за последние 6 месяцев, периодические боли в эпигастральной области возникающие через 2-3 часа после приема пищи, тошноту, эпизодическую рвоту ранее съеденной пищей, неприятный запах из о рта, отрыжку

### **Анамнез заболевания**

В течение последних 6-8 месяцев впервые отметил общую слабость, утомляемость, периодические боли в эпигастральной области после приема пищи, самостоятельно принимал спазмолитические, обезболивающие и ферментные препараты с непродолжительным слабо-положительным эффектом. В связи с нарастанием болевого синдрома, присоединением тошноты, отрыжки и периодической рвотой, обратился в поликлинику по месту жительства. Похудел на 8 кг в течение 6 месяцев.

### **Анамнез жизни**

В 23-летнем возрасте во время учебы в институте получал лечение по поводу язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки, после длительное время не обследовался и за медицинской помощью не обращался, профилактическое

лечение не проводил, на учете в поликлинике по месту жительства не наблюдался. Сопутствующие заболевания отрицает. Периодически отмечает боли в эпигастральной области на фоне нерегулярного питания. Курит с 18 лет до одной пачки в день. Семейный анамнез не отягощен. По профессии – инженер-строитель.

### **Объективный статус**

При осмотре: пациент, нормостенического телосложения, рост 182 см, вес 83 кг. Кожные покровы и видимые слизистые физиологичной окраски, нормальной влажности, тургор кожи несколько снижен. Тоны сердца приглушены, АД 125/85 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральной области. Со слов стул физиологичной окраски, регулярный. Мочеиспускание свободное.

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- наличие мутации гена KRAS
- HER-2 статус опухоли
- наличие *Helicobacter pylori*
- рецепторы половых гормонов

### **Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- наличие мутации гена KRAS
- HER-2 статус опухоли
- наличие *Helicobacter pylori*
- рецепторы половых гормонов

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?**

- наличие мутации гена KRAS
- HER-2 статус опухоли
- наличие *Helicobacter pylori*
- рецепторы половых гормонов

**При раке желудка наиболее частым гистологическим вариантом опухоли является**

- плоскоклеточный рак
- смешанный железисто-плоскоклеточный рак

- железистый рак
- переходноклеточный рак

**На первом этапе лечения больному показано**

- проведение лекарственной терапии
- выполнение хирургического лечения
- проведение химиолучевой терапии
- проведение лучевой терапии

**При поражении опухолью тела желудка и кишечном гистологическом типе по Lauren (умеренно-дифференцированная аденокарцинома G2), объемом вмешательства на желудке у пациента является**

- дистальная субтотальная резекция желудка
- формирование обходного гастроэнтероанастомоза
- расширенная комбинированная гастрэктомия
- проксимальная субтотальная резекция желудка

**Пациенту показан объем лимфаденэктомии**

- D1
- D0
- D2
- D3

**В случае интраоперационного выявления канцероматоза брюшины или множественных метастазов в печени, пациенту будет показано выполнение**

- комбинированного хирургического лечения с удалением отдаленных метастазов
- проксимальной субтотальной резекции желудка, лимфодиссекция D2
- паллиативной гастрэктомии
- гастроэнтеростомии (формирование обходных анастомозов)

**При метастатическом поражении более 5 регионарных лимфоузлов по данным гистологического исследования операционного материала при отсутствии противопоказаний, методом послеоперационного лечения для пациента является**

- адъювантная химиотерапия
- динамическое наблюдение
- послеоперационная лучевая терапия
- внутрибрюшная химиотерапия

**После хирургического лечения проводить контрольное обследование в течение первого года следует с периодичностью один раз в**

- 3 месяца
- 1 месяц
- год
- полгода

**При выборе схемы лекарственной терапии метастатического рака желудка необходимо учитывать**

- наличие мутации гена KRAS
- наличие *Helicobacter pylori*
- HER-2 статус опухоли
- рецепторы половых гормонов

**При лабораторной диагностике рака желудка используют онкомаркеры**

- наличие мутации гена KRAS
- наличие *Helicobacter pylori*
- HER-2 статус опухоли
- рецепторы половых гормонов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной Р. 61 год, обратился на прием к участковому терапевту

### **Жалобы**

на незначительную слабость, утомляемость, снижение массы тела на 5 кг за последние 2 месяца, периодические боли в эпигастральной области возникающие сразу после приема пищи, тошноту, эпизодическую рвоту съеденной пищей

### **Анамнез заболевания**

В течение последних 5-6 месяцев впервые отметил общую слабость, утомляемость, периодические боли в эпигастральной области после приема пищи, самостоятельно принимал спазмолитические, обезболивающие и ферментные препараты с положительным эффектом. В связи с нарастанием болевого синдрома, присоединением рвоты после приема грубой пищи обратился за медицинской помощью. Похудел на 5 кг в течение 2 месяцев.

### **Анамнез жизни**

В 20-летнем во время службы в армии получал лечение по поводу язвенной болезни желудка и 12-типерстной кишки, после увольнения в запас, профилактическое лечение не проводил, на учете в поликлинике по месту жительства не наблюдался. Сопутствующие заболевания отрицает. Периодически отмечает боли в эпигастральной области на фоне нерегулярного питания. Не обследовался и не лечился. Курит с 16 лет до одной пачки в день. Семейный анамнез не отягощен. По профессии – маляр-штукатур.

### **Объективный статус**

При осмотре: пациент, астенического телосложения, пониженного питания,

рост 188 см, вес 63 кг. Кожные покровы и видимые слизистые физиологичной окраски, нормальной влажности, тургор кожи несколько снижен. Тоны сердца приглушены, АД 125/85 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот не вздут, мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Со слов стул физиологичной окраски, регулярный. Мочеиспускание свободное.

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- наличие мутации гена KRAS
- наличие *Helicobacter pylori*
- HER-2 статус опухоли
- рецепторы половых гормонов

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- наличие мутации гена KRAS
- наличие *Helicobacter pylori*
- HER-2 статус опухоли
- рецепторы половых гормонов

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?**

- наличие мутации гена KRAS
- наличие *Helicobacter pylori*
- HER-2 статус опухоли
- рецепторы половых гормонов

**При раке желудка наиболее частым гистологическим вариантом опухоли является**

- переходноклеточный рак
- железистый рак
- плоскоклеточный рак
- смешанный железисто-плоскоклеточный рак

**На первом этапе лечения больному показано**

- выполнение хирургического лечения
- проведение лучевой терапии
- проведение лекарственной терапии

- проведение химиолучевой терапии

**При поражении опухолью только кардиального отдела желудка и кишечном гистологическом типе по Lauren (умеренно-дифференцированная аденокарцинома G2), объемом вмешательства на желудке у пациента является**

- проксимальная субтотальная резекция желудка
- гастрэктомия
- дистальная субтотальная резекция желудка
- формирование обходного гастроэнтероанастомоза

**Пациенту показана лимфаденэктомия в объеме**

- D2
- D0
- D1
- D3

**В случае интраоперационного выявления канцероматоза или множественных метастазов в печени, пациенту будет показано выполнение**

- комбинированного хирургического лечения с удалением отдаленных метастазов
- паллиативная проксимальная резекция желудка или паллиативная гастрэктомия
- выполнение проксимальной субтотальной резекции желудка, лимфодиссекция D2
- выполнение расширенной гастрэктомии лимфодиссекция D3

**При метастатическом поражении более 5 регионарных лимфоузлов по данным гистологического исследования операционного материала при отсутствии противопоказаний, методом послеоперационного лечения для пациента является**

- адъювантная химиотерапия
- внутрив брюшная химиотерапия
- послеоперационная лучевая терапия
- динамическое наблюдение

**После хирургического лечения проводить контрольное обследование в течение первого года следует с периодичностью один раз в + \_\_\_\_ + месяц/месяца/ месяцев**

- 3
- 12
- 1

- 6

**При выборе схемы лекарственной терапии метастатического рака желудка необходимо учитывать**

- HER-2 статус опухоли
- наличие мутации гена KRAS
- рецепторы половых гормонов
- наличие *Helicobacter pylori*

**При лабораторной диагностике рака желудка используют онкомаркеры**

- HER-2 статус опухоли
- наличие мутации гена KRAS
- рецепторы половых гормонов
- наличие *Helicobacter pylori*

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больной В. 67 лет обратился на прием к гастроэнтерологу

### **Жалобы**

на общую слабость, снижение массы тела на 5 кг за последние 2 месяца, периодические ноющие боли в эпигастральной области, чувство тяжести после еды, тошноту, эпизодическую рвоту ранее съеденной пищей

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больным в течение 2-х месяцев, когда впервые отметил общую слабость, чувство тяжести после приема пищи. Лечился самостоятельно, принимал спазмолитические и ферментные препараты с незначительным положительным эффектом. В связи с нарастанием болевого синдрома, присоединением рвоты после приема пищи обратился за медицинской помощью. Похудел на 5 кг в течение 2 месяцев.

### **Анамнез жизни**

В течении последних 5 лет наблюдался у терапевта по поводу гастрита. Тяжелые сопутствующие заболевания отрицает. Периодически отмечал боли в желудке на фоне нерегулярного питания. Рекомендованное терапевтом лечение не выполнял. Курит с 15 лет, периодически употребляет крепкие алкогольные напитки. Дед по линии отца умер от рака желудка. По профессии – слесарь.

### **Объективный статус**

При осмотре: пациент пониженного питания, рост 188 см, вес 53 кг. Кожные покровы обычной окраски, нормальной влажности, тургор кожи несколько снижен. Тоны сердца приглушены, АД 110/75 мм рт. ст., пульс 72 уд/мин. Язык влажный, без налета. Живот не вздут, мягкий, чувствительный при пальпации в эпигастральном отделе. Аускультативно перистальтика активная, шума «плеска» нет.

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- HER-2 статус опухоли
- наличие мутации гена KRAS
- рецепторы половых гормонов
- наличие *Helicobacter pylori*

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- HER-2 статус опухоли
- наличие мутации гена KRAS
- рецепторы половых гормонов
- наличие *Helicobacter pylori*

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?**

- HER-2 статус опухоли
- наличие мутации гена KRAS
- рецепторы половых гормонов
- наличие *Helicobacter pylori*

**При раке желудка наиболее частым гистологическим вариантом опухоли является**

- плоскоклеточный рак
- смешанный железисто-плоскоклеточный рак
- переходноклеточный рак
- аденокарцинома

**Основным вариантом лечения на первом этапе у данного пациента является**

- проведение химиолучевой терапии
- выполнение хирургического лечения
- проведение адъювантной химиотерапии
- проведение лучевой терапии

**При поражении опухолью только антрального отдела желудка и кишечном гистологическом типе по Lauren (умеренно-дифференцированная**



**аденокарцинома G2), объемом вмешательства на желудке у пациента является**

- формирование обходного гастроэнтероанастомоза
- гастрэктомия
- дистальная субтотальная резекция желудка
- проксимальная субтотальная резекция желудка

**Пациенту показана лимфадиссекция в объеме**

- D0
- D2
- D1
- D3

**В случае интраоперационного выявления канцероматоза брюшины или метастатическом поражении печени, пациенту необходимо выполнение**

- паллиативной гастрэктомии
- комбинированного хирургического вмешательства с удалением отдаленных метастазов
- шунтирующей операции в объеме гастроэнтеростомии
- дистальной субтотальной резекции желудка, лимфаденэктомии D2

**При метастатическом поражении 5 регионарных лимфоузлов по данным гистологического исследования операционного материала при отсутствии противопоказаний, методом послеоперационного лечения для пациента является**

- гипертермическая внутрибрюшная химиотерапия
- контрольный осмотр каждые 2-3 месяца
- адъювантная химиотерапия
- неoadъювантная лучевая терапия

**После хирургического лечения проводить контрольное обследование в течение первого года следует с периодичностью один раз в**

- полгода
- год
- месяц
- три месяца

**При выборе схемы лекарственной терапии метастатического рака желудка необходимо учитывать**

- наличие мутации гена KRAS
- HER-2 статус опухоли
- наличие *Helicobacter pylori*

- рецепторы половых гормонов

**При лабораторной диагностике рака желудка используют онкомаркеры**

- наличие мутации гена KRAS
- HER-2 статус опухоли
- наличие *Helicobacter pylori*
- рецепторы половых гормонов

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Женщина 63 лет обратилась к торакальному хирургу-онкологу

### Жалобы

На постоянный сухой кашель

### Анамнез заболевания

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

### Анамнез жизни

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

### Объективный статус

Состояние относительно удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 178 см. Температура тела 36,6<sup>0</sup>С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. Выдох немного удлинен. Пальпация. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание не выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется ослабленное везикулярное дыхание, рассеянные сухие хрипы, ЧДД 16 уд в мин.  $SpO_2$  98%.

**К основным инструментальным методам обследования для постановки диагноза относятся**

- наличие мутации гена KRAS

- HER-2 статус опухоли
- наличие *Helicobacter pylori*
- рецепторы половых гормонов

### **Результаты инструментальных методов обследования**

#### **Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- наличие мутации гена KRAS
- HER-2 статус опухоли
- наличие *Helicobacter pylori*
- рецепторы половых гормонов

### **Результаты обследования**

#### **Наиболее вероятным диагнозом является**

- наличие мутации гена KRAS
- HER-2 статус опухоли
- наличие *Helicobacter pylori*
- рецепторы половых гормонов

#### **Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- наличие мутации гена KRAS
- HER-2 статус опухоли
- наличие *Helicobacter pylori*
- рецепторы половых гормонов

### **Результаты обследования**

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в +\_\_\_\_\_+ условиях**

- «дневного стационара»
- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- амбулаторных (на дому)
- стационарных (торакального отделения)

**Пациенту показано +\_\_\_\_\_+ лечение**

- химиолучевое
- хирургическое
- химиотерапевтическое
- лучевое

**Пациенту показано оперативное вмешательство, в объеме**

- пневмонэктомии справа
- билобэктомии справа
- торакоскопической резекция нижней доли правого легкого
- нижней лобэктомии правого легкого с медиастинальной лимфодиссекцией

**На основании данных гистологического заключения операционного материала: в ткани легкого определяется опухолевый узел, размерами 17х12х4 мм представленный разрастаниями веретеновидных и эпителиоидных опухолевых клеток, формирующих солидно-альвеолярные структуры, вероятнее всего карциноидная опухоль. В 2 из 3 бронхопульмональных сегментарных лимфатических узлах - метастазы опухоли. Для определения гистогенеза опухоли необходимо проведение + \_\_\_\_\_ + исследования**

- бактериологического (операционного материала)
- молекулярно-генетического
- иммуноцитохимического
- иммуногистохимического

**На основании данных гистологического и иммуногистохимического исследования (количество митозов в 10 полях зрения 0-1, индекс Ki 67  $\leq 5\%$ , G1) заключения сформулирован заключительный диагноз**

- Центральный рак нижней доли правого легкого T1N2M0
- Центральная нейроэндокринная опухоль нижней доли правого легкого (атипичный карциноид) T3N2M0
- Центральная нейроэндокринная опухоль нижней доли правого легкого (атипичный карциноид) T1N2M0
- Центральная нейроэндокринная опухоль нижней доли правого легкого (типичный карциноид) T1N1M0.

**На основании данных ИГХ исследования операционного материала: морфологическая картина опухоли легкого соответствует диагнозу типичного карциноида с негативным ИГХ-статусом рецепторов соматостатина 2А типа и 5 типов пациенту показана**

- лучевая терапия
- гормонотерапия
- химиотерапия
- таргетная терапия

**Пациенту после выписки из стационара рекомендовано**

- лучевое лечение
- химиолучевое лечение
- лечение химиопрепаратами

- динамическое наблюдение, КТ с внутривенным контрастированием через 3 месяца

**Отличие типичного карциноида от атипичного заключается в количестве митозов в 10 полях зрения**

- лучевое лечение
- химиолучевое лечение
- лечение химиопрепаратами
- динамическое наблюдение, КТ с внутривенным контрастированием через 3 месяца

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 52 лет направлена районным онкологом в федеральный онкологический центр

### **Жалобы**

На кровянистые выделения из половых путей на фоне постменопаузы, тянущие боли в нижних отделах живота

### **Анамнез заболевания**

На протяжении 3-х месяцев пациентку беспокоили кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства, осмотрена. Направлена к районному онкологу. После осмотра районным онкологом направлен в МРНЦ им А.Ф. Цыба

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – педагог

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Вес 88 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6 °С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски.

Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд

в мин.  $PO_2$  99%. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 135/90 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

**Обследование пациентки следует начать с**

- лучевое лечение
- химиолучевое лечение
- лечение химиопрепаратами
- динамическое наблюдение, КТ с внутривенным контрастированием через 3 месяца

**Результаты**

**Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- лучевое лечение
- химиолучевое лечение
- лечение химиопрепаратами
- динамическое наблюдение, КТ с внутривенным контрастированием через 3 месяца

**Результаты**

**Необходимым инструментальным методом обследования, который наиболее точно позволяет судить о распространенности первичной опухоли является**

- лучевое лечение
- химиолучевое лечение
- лечение химиопрепаратами
- динамическое наблюдение, КТ с внутривенным контрастированием через 3 месяца

**Результаты инструментального метода обследования**

**У пациентки можно предположить диагноз**

- лучевое лечение
- химиолучевое лечение
- лечение химиопрепаратами
- динамическое наблюдение, КТ с внутривенным контрастированием через 3 месяца

**Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- УЗИ регионарных лимфатических узлов, ПЭТ-КТ в режиме «все тело» или КТ органов грудной клетки, брюшной полости, МРТ головного мозга

(при подозрении на поражение головного мозга), общий и биохимический анализы крови

- МРТ головного мозга, сцинтиграфия скелета, электрокардиограмма в 12-ти отведениях
- биохимический анализ крови, клинический анализ крови, клинический анализ мочи, коагулограмма
- УЗИ регионарных лимфатических узлов, маммография, ЭхоКГ, анализ крови на мутации в генах BRCA-1, BRCA-2, CHEK

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в + \_\_\_\_\_ + условиях**

- стационарных
- амбулаторных (на дому)
- «дневного стационара»
- стационарных (отделение интенсивной терапии)

**Пациентке необходимо провести**

- лучевую терапию с последующим хирургическим лечением
- только хирургическое лечение
- сочетанную химиолучевую терапию
- системную химиотерапию

**Химиолучевая терапия проводится на фоне еженедельного введения + \_\_\_\_\_ + на протяжении курса дистанционной лучевой терапии**

- паклитаксела в дозе 175 мг/м<sup>2</sup>
- цисплатина в дозе 40 мг/м<sup>2</sup>
- циклофосфида 500 мг/м<sup>2</sup>
- паклитаксела в дозе 80 мг/м<sup>2</sup>

**После выписки из стационара радиологического центра пациентке следует рекомендовать**

- регионарную химиотерапию
- плановое динамическое наблюдение
- курсы фотодинамической терапии
- хирургическое лечение

**К основному фактору риска развития рака шейки матки относят вирус**

- Эпштейн-Бара
- папилломы человека
- простого герпеса
- иммунодефицита человека

**После лечения наблюдение у районного онколога показано с периодичностью 1 раз в + \_\_\_\_\_ + , затем ежегодно**

- 6 мес. в течение 3 лет
- 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4- го года наблюдения
- месяц в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет
- 3 мес. в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет

**Для этой пациентки регулярное диспансерное обследование после лечения включает в себя осмотр гинекологом и взятие мазков на цитологическое исследование, УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза и анализ крови на**

- 6 мес. в течение 3 лет
- 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4- го года наблюдения
- месяц в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет
- 3 мес. в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 40 лет обратилась в районную больницу на прием к гинекологу

### **Жалобы**

На увеличение живота в объеме, тянущие боли в нижних отделах живота

### **Анамнез заболевания**

Тянущие умеренные боли в нижних отделах живота беспокоят в течение последних 3-4 месяцев, особого значения этому не придавала. В последний месяц стала замечать увеличение живота в объеме, появилась слабость.

### **Анамнез жизни**

\* хронических заболеваний нет \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей не имеет, работа в офисе \* аллергологический анамнез не отягощен \* отягощенный семейный анамнез по раку молочной железы (мама)

### **Объективный статус**

Общее состояние: удовлетворительное + ECOG 10; по Карновскому 90 + Телосложение нормостеническое. Рост 170 см. Вес 80 кг. + Кожные покровы чистые, физиологической окраски, умеренно-влажные. Ногти, волосы не изменены. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 16/мин. АД 130/90 мм рт. ст. Пульс 74 уд/мин. Периферических отеков нет. St.localis: Живот овоидной формы, увеличен в объеме за счет асцита. Через переднюю брюшную стенку опухолевые образования в брюшной полости четко не определяются.

Гинекологический статус: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. Шейка матки в зеркалах: цилиндрической формы, не эрозирована, гладкая, 3 см в диаметре, влажная порция 2 см.



Влагалище рожавшей. Слизистая влагалища бледно-розовая, выделения светлые. При бимануальном исследовании: шейка матки подвижная. В области придатков с обеих сторон определяются бугристые кистозно-солидное опухолевое образование, с четкими контурами размерами около 7х5 см, ограниченные в подвижности. Матка и придатки отдельно от опухоли не определяются. Исследование затруднено из-за выраженного асцита. Параметрии не инфильтрированы. Ректовагинальное исследование: ректовагинальная перегородка не инфильтрирована.

**К необходимым для постановки диагноза лабораторным методам обследования относят**

- 6 мес. в течение 3 лет
- 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4- го года наблюдения
- месяц в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет
- 3 мес. в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами исследования являются**

- 6 мес. в течение 3 лет
- 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4- го года наблюдения
- месяц в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет
- 3 мес. в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Какой диагноз можно поставить данному пациенту на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования?**

- 6 мес. в течение 3 лет
- 3 месяца в течение первых 2 лет, каждые 6 месяцев в течение 3-го и 4- го года наблюдения
- месяц в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет
- 3 мес. в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет

**Для верификации диагноза необходимо**

- получить результаты онкомаркеров (СА 125, АФП, Бета-хорионический гонадотропин)
- провести цитологическое исследование асцитической жидкости
- провести морфологическое исследование опухолевой ткани
- провести КТ брюшной полости, малого таза

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях**

- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- стационарных (онкогинекологическое или химиотерапевтическое отделение)
- амбулаторных (на дому)
- стационара «одного дня»

**На 1-м этапе лечения пациентке предпочтительнее выполнить**

- лучевую терапию
- гормонотерапию
- хирургическое лечение
- химиотерапию

**Оптимальный объем циторедуктивной операции у данной пациентки предполагает**

- лучевую терапию
- гормонотерапию
- хирургическое лечение
- химиотерапию

**С учетом полученных данных, окончательный диагноз поставлен как рак яичников + \_\_\_\_\_ + стадии**

- лучевую терапию
- гормонотерапию
- хирургическое лечение
- химиотерапию

**С учетом полученных данных пациентке в адъювантном режиме показано проведение**

- химиолучевого лечения
- таргетной терапии
- гормонотерапии
- химиотерапии

**Оптимальным режимом адъювантной химиотерапии 1 линии является**

- монотерапия Паклитаксел  $175 \text{ мг/м}^2$
- монотерапия Бевацизумаб  $7,5 \text{ мг/кг}$
- монотерапия Карбоплатин AUC 6
- паклитаксел  $175 \text{ мг/м}^2$  + карбоплатин AUC 6

**Рак яичников у пациентки мог быть обусловлен**

- наличием избыточного веса
- наследственным фактором
- применением оральных контрацептивов
- наличием ВПЧ инфекции

**Наследственный характер рака яичников обусловлен наличием мутаций в генах**

- наличием избыточного веса
- наследственным фактором
- применением оральных контрацептивов
- наличием ВПЧ инфекции

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент К. 71 год обратился в УКБ №1 Сеченовского Университета с жалобами

### **Жалобы**

Дисфагия, боль в эпигастральной области, слабость

### **Анамнез заболевания**

История настоящего заболевания: со слов пациента считает себя больным с 2016г., когда впервые появились вышеуказанные жалобы; по этому поводу обратился за мед.помощью по месту жительства, где была выполнена ЭГДС - выявлена опухоль желудка, направлен к онкологу.

### **Анамнез жизни**

\* Работает водителем такси; \* Курит в течение 50 лет, употребляет, но не злоупотребляет крепкими алкогольными напитками; \* Хронический бронхит; \* В анамнезе язвенная болезнь желудка, неоднократно обследовался было выявлено наличие *Helicobacter pylori*, и Вирус Эпштейна-Барр; \* Лечение симптоматическое.

### **Объективный статус**

Состояние пациента удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 171 см. Температура тела 37,1 °С. Кожные покровы и видимые слизистые бледные, влажные. Пульс не симметричный, 84 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД=110/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Живот симметричный, не вздут, при пальпации болезненный в эпигастрии, Печень выступает из-под края реберной дуги на 2,0см, Почки не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно.

Физиологические отправления в норме По данным ЭГДС от 11.16 - имеется язва размером до 3,0 см с резким утолщением складок слизистой оболочки и усиленным образованием слизи.

**Оптимальным методом для исключения малигнизации язвы желудка является метод**

- наличием избыточного веса
- наследственным фактором

- применением оральных контрацептивов
- наличием ВПЧ инфекции

### **Результаты обследования**

**При малигнизации язвы желудка опухолевые клетки чаще обнаруживаются в + \_\_\_\_\_ + язвы**

- в краях
- на 0,5 см кнаружи от края
- в дне
- равномерно в дне и краях

**Для рака желудка наиболее характерной гистологической формой является**

- в краях
- на 0,5 см кнаружи от края
- в дне
- равномерно в дне и краях

**Ранним раком желудка называют**

- опухоль размерами менее 5 см
- любых размеров рак, поражающий только слизистую оболочку и подслизистый слой
- опухоль размерами менее 3 см
- рак in situ

**Форма роста рака желудка, характеризующаяся медленным ростом более поздним метастазированием, является + \_\_\_\_\_ + рак**

- инфильтративный
- язвенно-инфильтративный
- блюдцеобразный
- экзофитный

**Больному выполнена гастрэктомия с лимфодиссекцией D2 и резекцией большого сальника, было обнаружено: рак желудка диаметром 4 см, прорастающий мышечный слой, с единичным метастазом в лимфоузле в малом сальнике. Стадия основного заболевания**

- II A
- II B
- III B
- III A

**Радикальными оперативными вмешательствами при раке желудка являются**

- резекция 1/2 желудка
- гастротомия с иссечением опухоли
- клиновидное иссечение части желудка с опухолью
- дистальная субтотальная резекция желудка

**Для проведения химиотерапии при раке желудка используются**

- производные платины с фторпиримидинами
- сарколизин, тиофосфамид
- контрикал, левамизол
- хонван, допамин

**После радикальной операции по поводу рака желудка, при гладком течении и отсутствии жалоб больному необходимо явиться на контрольный осмотр через**

- 1 год
- 1 месяц
- 6 месяцев
- 3 месяца

**Больному с неоперабельным раком желудка с множественными метастазами в печень следует рекомендовать**

- химиотерапию антрациклинами и иммунотерпию
- симптоматическую терапию
- комбинированное хирургическое лечение
- лучевую терапию

**В России рак желудка среди злокачественных опухолей занимает + \_\_\_\_\_ + место в структуре смертности у мужчин и женщин**

- третье
- четвертое
- второе
- первое

**Заболеваемость раком желудка, по статистике, начиная с 2012 года**

- третье
- четвертое
- второе
- первое

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Мужчина 66 лет обратился к районному урологу

## **Жалобы**

На учащение мочеиспускания

## **Анамнез заболевания**

Длительное время наблюдается по поводу хронического простатита.

Неоднократные курсы консервативной лекарственной терапии. В течение последнего месяца беспокоят вышеуказанные жалобы.

## **Анамнез жизни**

\* Хроническая сердечная недостаточность; \* Курит, алкоголь в умеренном количестве; \* Профессиональных вредностей не имеет, работа в офисе; \* Аллергологический анамнез не отягощен.

## **Объективный статус**

Общее состояние: удовлетворительное + ECOG 0; по Карновскому 100 +  
Телосложение нормостеническое. Рост 170 см. Вес 80 кг. Кожные покровы чистые, физиологической окраски, умеренно-влажные. Ногти, волосы не изменены. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 16/мин. АД 130/90 мм рт. ст. Пульс 84 уд/мин. Периферических отеков нет. St.localis: Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Периферические л/у не увеличены. Per rectum: простата незначительно увеличена, безболезненна, плотноэластической консистенции, в периферической зоне левой доли пальпируется плотный узел размером до 1 см.

**Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение онкомаркера крови**

- третье
- четвертое
- второе
- первое

## **Результаты определения онкомаркера крови**

**Необходимым для постановки диагноза скрининговым инструментальным методом исследования является**

- третье
- четвертое
- второе
- первое

## **Результаты инструментального метода обследования**

**Дополнительными специальными методами исследования для постановки диагноза и оценки распространенности опухолевого процесса является**

- третье

- четвертое
- второе
- первое

### **Результаты дополнительных методов обследования**

**Предварительным клиническим диагнозом является рак предстательной железы**

- третье
- четвертое
- второе
- первое

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях**

- амбулаторных (на дому)
- общехирургического стационара
- специализированного стационара
- стационара одного дня

**На 1-м этапе лечения пациенту предпочтительнее выполнить**

- химиотерапию
- иммунотерапию
- хирургическое вмешательство
- гормонотерапию

**Оптимальный объем операции у данного пациента предполагает**

- трансуретральную резекцию предстательной железы
- простатэктомию
- радикальную простатэктомию
- орхэктомию

**Оптимальный объем лимфодиссекции у данного пациента предполагает удаление + \_\_\_\_\_ + лимфоузлов**

- трансуретральную резекцию предстательной железы
- простатэктомию
- радикальную простатэктомию
- орхэктомию

**На основании патологоанатомического заключения выставлен диагноз: Рак предстательной железы + \_\_\_\_\_ +, + \_\_\_\_\_ + стадия**

- трансуретральную резекцию предстательной железы

- простатэктомию
- радикальную простатэктомию
- орхэктомию

#### **С учетом полученных данных пациенту показано**

- проведение гормонотерапии
- проведение адъювантной лучевой терапии
- динамическое наблюдение
- проведение адъювантной химиотерапии

#### **Наиболее часто встречающимся осложнением после радикальной простатэктомии является**

- травма прямой кишки
- стрессовое недержание мочи
- массивное лимфоцеле
- полное недержание мочи

#### **В первый год после операции по поводу рака предстательной железы, определение уровня ПСА должно проводиться**

- травма прямой кишки
- стрессовое недержание мочи
- массивное лимфоцеле
- полное недержание мочи

### **Условие ситуационной задачи**

#### **Ситуация**

Больной С. 69 лет, обратился с жалобами в УКБ №1 Сеченовского Университета

#### **Жалобы**

На затруднение при глотании пищи, может принимать только жидкую пищу. Боли за грудиной и межлопаточной области, не связанные с приемом пищи, осиплость голоса

#### **Анамнез заболевания**

Со слов пациента, считает себя больным с начала 2015 г., когда впервые появились вышеуказанные жалобы по этому поводу обратился за медицинской помощью по месту жительства в поликлинику, где по данным обследования заподозрили основное заболевание, и направили к онкологу; в ноябре 2015 обратилась в УКБ №1 Сеченовского университета.

#### **Анамнез жизни**

\* Работает маляром. \* Курит в течение 30 лет, употребляет, но не злоупотребляет крепкими алкогольными напитками. \* Хронический бронхит.

#### **Объективный статус**

Состояние пациента удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 171 см. Температура



тела 36,6 °С. Кожные покровы и видимые слизистые нормальных окраски и влажности. Пульс симметричный, 76 уд/мин., ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. АД=110/65 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, проводится по всем легочным полям. Живот симметричный, не вздут, мягкий, безболезненный. Печень не выступает из-под края реберной дуги. Почки не пальпируются. Поколачивание по поясничной области безболезненно. Физиологические отправления в норме. Status localis: лимфатические узлы на шее не увеличены, остов гортани не расширен, при обратной ларингоскопии отмечается отставание подвижности левой половины гортани при фонации.

**Наиболее характерным клиническим признаком рака пищевода является**

- повышенное слюноотделение
- дисфагия
- рвота
- ощущение инородного тела в горле

**К рентгеноморфологическим признакам рака пищевода относятся**

- нарушение акта глотания
- неровность контура пищевода - деформация стенки пищевода
- изменение эластичности стенки пищевода
- изменение рельефа слизистой

**Расширение просвета пищевода при раке на уровне опухоли отмечается, как правило при + \_\_\_\_\_ + форме роста**

- эндофитном
- язвенно-инфильтративной
- скirrрозной
- полиповидной

**Биопсия опухоли при раке пищевода, выполненная во время эндоскопического исследования с последующим гистологическим и цитологическим исследованием позволяет морфологически верифицировать диагноз у + \_\_\_\_\_ + % пациентов**

- 70-95
- 45-50
- 95-98
- 25-30

**При раке пищевода чаще применяют**

- химиотерапию
- комбинированную терапию
- хирургическое лечение
- лучевую терапию

**Наиболее простой и доступной для исполнения паллиативной операцией при раке нижней трети пищевода является**

- эзофагофундоанастомоз
- гастростомия
- интубация опухоли пищевода эндопротезом (металлическая или синтетическая трубка)
- «туннелирование» опухоли лазером или диатермокоагулятором

**Методом, наиболее информативным в оценке глубины инвазии опухоли в стенку пищевода (символ Т), является**

- пневмомедиастинография
- пневмоперитонеум
- ретропневмоперитонеум
- эндосонография (Эндо-УЗИ)

**Особенность лимфатической системы пищевода обусловлена**

- продольной ориентацией внутриорганных лимфатических сосудов
- наличием лимфатических сплетений в слизистой оболочке, подслизистом слое и мышечной оболочке
- близким расположением грудного лимфатического протока
- наличием порто-кавальных связей и тесная связь лимфатической системы пищевода и желудка

**При раке верхней 1/3 пищевода с проращением в трахею – лечебная тактика будет включать**

- эзофагостому
- гастростому
- эндоскопическую реканализацию опухоли
- бужирование опухоли

**Среди злокачественных опухолей пищевода чаще всего встречаются**

- саркома
- плоскоклеточный рак
- лейомиосаркома
- меланома

**Заболеваемость раком пищевода в СНГ характеризуется**

- ростом
- значительными территориальными различиями
- одинаковыми характеристиками в различных регионах
- стабилизацией

## **Раком пищевода болеют**

- ростом
- значительными территориальными различиями
- одинаковыми характеристиками в различных регионах
- стабилизацией

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 54 лет обратилась на прием к районному гинекологу

### **Жалобы**

На мажущие кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы

### **Анамнез заболевания**

Мажущие кровянистые выделения из половых путей, беспокоят в течение последних 2 месяцев.

### **Анамнез жизни**

\* хронических заболеваний нет; \* не курит, алкоголем не злоупотребляет; \* профессиональных вредностей не имеет, работа в офисе; \* аллергологический анамнез не отягощен; \* В анамнезе Кесарево сечение.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. + ECOG 0 + Телосложение нормостеническое. Рост 170 см. Вес 80 кг. + Кожные покровы чистые, физиологической окраски, умеренно-влажные. Ногти, волосы не изменены. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 16/мин. АД 130/90 мм рт. ст. Пульс 74 уд/мин. Периферических отеков нет. Физикальный осмотр: передняя грудная стенка равномерно участвует в акте дыхания. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Периферические л/у (паховые, над/подключичные, подмышечные) не увеличены. + Гинекологический осмотр: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу. PS: влагалище ёмкое, шейка матки цилиндрической формы, не эрозирована, длиной 2 см, диаметром 1,5 см. Слизистая оболочка светло-розовая. + PV: тело матки подвижное, б/болезненное, обычной формы и размеров. Придатки отдельно не определяются. Параметрии не инфильтрированы. Ректовагинальное исследование: ректовагинальная перегородка не инфильтрирована, ампула прямой кишки свободна.

**К необходимым методам диагностики для определения патогенеза проблемы в данной ситуации относятся**

- ростом
- значительными территориальными различиями
- одинаковыми характеристиками в различных регионах
- стабилизацией

### **Результаты обследования**

**В диагностике рака тела матки может быть использован онкомаркер**

- ростом
- значительными территориальными различиями
- одинаковыми характеристиками в различных регионах
- стабилизацией

**Результаты анализа крови на онкомаркер**

**Дополнительными инструментальными методами исследования при установлении диагноза «рак тела матки», с целью уточнения распространенности опухолевого процесса и выставления предварительной стадии заболевания, являются**

- ростом
- значительными территориальными различиями
- одинаковыми характеристиками в различных регионах
- стабилизацией

**Результаты дополнительных инструментальных методов обследования**

**На основании полученных данных установлен диагноз: рак тела матки + \_\_\_\_\_+, стадия + \_\_\_\_\_+**

- ростом
- значительными территориальными различиями
- одинаковыми характеристиками в различных регионах
- стабилизацией

**Учитывая стадию заболевания, пациентке показано проведение**

- предоперационной химиотерапии
- предоперационной лучевой терапии
- хирургического лечения
- химиолучевого лечения

**Объем хирургического вмешательства, показанный пациентке, представляет собой**

- предоперационной химиотерапии
- предоперационной лучевой терапии
- хирургического лечения
- химиолучевого лечения

**На основании данных клинического обследования и результатов патологоанатомического заключения установлена стадия заболевания**

- предоперационной химиотерапии

- предоперационной лучевой терапии
- хирургического лечения
- химиолучевого лечения

**Данную пациентку следует стратифицировать в группу +\_\_\_\_\_+ риска прогрессирования**

- промежуточного
- низкого
- высокого
- промежуточно-высокого

**В зависимости от установленной группы риска пациентке показано**

- проведение дистанционного облучения малого таза
- проведение дистанционного облучения малого таза с химиотерапией
- проведение внутриместной лучевой терапии
- динамическое наблюдение

**При выявлении рецидива рака тела матки в культе влагалища у данной пациентки рекомендуется проведение**

- химиотерапии
- внутриместной лучевой терапии
- сочетанной ЛТ или удаление опухоли с последующей сочетанной ЛТ
- хирургического лечения

**Алгоритм диспансерного наблюдения после проведенного лечения должен включать**

- гинекологический осмотр и взятие мазков на цитологическое исследование из культы влагалища; УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза; рентгенография органов грудной клетки
- определение уровня онкомаркера СА125; УЗИ малого таза
- гинекологический осмотр, УЗИ малого таза, рентгенография органов грудной клетки
- МРТ малого таза, рентгенография органов грудной клетки

**При проведении лучевой терапии суммарная очаговая доза должна достигать +\_\_\_\_\_+ Гр**

- гинекологический осмотр и взятие мазков на цитологическое исследование из культы влагалища; УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза; рентгенография органов грудной клетки
- определение уровня онкомаркера СА125; УЗИ малого таза

- гинекологический осмотр, УЗИ малого таза, рентгенография органов грудной клетки
- МРТ малого таза, рентгенография органов грудной клетки

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 55 лет обратилась на прием к гинекологу

### **Жалобы**

Мажущие кровянистые выделения из половых путей

### **Анамнез заболевания**

Мажущие кровянистые выделения из половых путей, беспокоят в течение последних 1,5-2 месяцев. В последние 2 недели появились тянущие боли внизу живота

### **Анамнез жизни**

\* хронических заболеваний нет \* курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей не имеет, работа в офисе \* аллергологический анамнез не отягощен

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. + ECOG 0 + Телосложение нормостеническое. Рост 170 см. Вес 80 кг. + Кожные покровы чистые, физиологической окраски, умеренно-влажные. Ногти, волосы не изменены. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 16/мин. АД 130/90 мм рт. ст. Пульс 74 уд/мин. Периферических отеков нет. Status localis: Шейка матки в зеркалах: цилиндрической формы, гипертрофирована, диаметром до 4,5 см. Левая половина шейки матки представлена плотноэластичной бугристой опухолью размерами 4х2 см, опухоль не врастает в стенки влагалища. Наружный зев цервикального канала деформирован. Слизистая влагалища бледно-розовая. При бимануальном исследовании: тело матки обычной формы и размеров, отклонено кзади, деформировано за счет множественных миоматозных узлов. Придатки не пальпируются. Своды влагалища не укорочены. Параметрии не инфильтрированы. Ректовагинальное исследование: ректовагинальная перегородка не инфильтрирована, ампула прямой кишки свободна.

**Для уточнения характера изменений в шейке матки необходимо выполнить**

- гинекологический осмотр и взятие мазков на цитологическое исследование из культы влагалища; УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза; рентгенография органов грудной клетки
- определение уровня онкомаркера СА125; УЗИ малого таза
- гинекологический осмотр, УЗИ малого таза, рентгенография органов грудной клетки
- МРТ малого таза, рентгенография органов грудной клетки

## **Результаты обследования**

**Необходимыми инструментальными методами обследования являются**

- гинекологический осмотр и взятие мазков на цитологическое исследование из культи влагалища; УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза; рентгенография органов грудной клетки
- определение уровня онкомаркера СА125; УЗИ малого таза
- гинекологический осмотр, УЗИ малого таза, рентгенография органов грудной клетки
- МРТ малого таза, рентгенография органов грудной клетки

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании полученных данных установлен диагноз: рак шейки матки + \_\_\_\_\_+, стадия + \_\_\_\_\_+**

- гинекологический осмотр и взятие мазков на цитологическое исследование из культи влагалища; УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза; рентгенография органов грудной клетки
- определение уровня онкомаркера СА125; УЗИ малого таза
- гинекологический осмотр, УЗИ малого таза, рентгенография органов грудной клетки
- МРТ малого таза, рентгенография органов грудной клетки

**Лечебной тактикой, учитывая выставленную стадию заболевания, является**

- предоперационная лучевая терапия с последующим хирургическим лечением
- химиотерапия
- хирургическое лечение
- химиолучевая терапия по радикальной программе

**Объем хирургического вмешательства, который должен быть выполнен пациентке**

- предоперационная лучевая терапия с последующим хирургическим лечением
- химиотерапия
- хирургическое лечение
- химиолучевая терапия по радикальной программе

**Учитывая данные патолого-анатомического заключения, выставлен диагноз: рак шейки матки**

- предоперационная лучевая терапия с последующим хирургическим лечением
- химиотерапия
- хирургическое лечение
- химиолучевая терапия по радикальной программе

**Данную пациентку следует стратифицировать в группу + \_\_\_\_\_ + риска прогрессирования**

- низкого
- крайне высокого
- высокого
- промежуточного

**Учитывая полученные данные, пациентке показано**

- динамическое наблюдение
- проведение адъювантной химиотерапии
- проведение адъювантной химиолучевой терапии
- проведение адъювантной лучевой терапии

**Для диагностики прогрессирования болезни необходимо выполнять анализ крови на онкомаркер**

- SCC
- HE4
- CA 125
- CA 19,9

**Диспансерное наблюдение за данной пациенткой в течение первых 2-х лет должно проводиться каждые + \_\_\_\_ + месяцев/месяца**

- 3
- 6
- 12
- 9

**В структуре онкологической заболеваемости женщин рак шейки матки занимает + \_\_\_\_\_ + место**

- 1
- 5
- 3
- 7

**При местнораспространенном раке шейки матки сочетанная лучевая терапия по радикальной программе должна быть проведена в сроки + \_\_\_\_\_ + недель**



- 1
- 5
- 3
- 7

## Условие ситуационной задачи

### **Ситуация**

Женщина 62 года направлена районным онкологом в МНИОИ им. П.А. Герцена

### **Жалобы**

На рост образования кожи кончика носа

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной в течении полугода, когда отметила появление новообразования на коже носа. Не лечилась. Около 2 месяцев назад пациентка отметила изменение цвета и формы образования, по поводу чего обратилась к участковому терапевту. После осмотра была направлена к районному онкологу, после осмотра районным онкологом направлена в МНИОИ им. П.А. Герцена.

### **Анамнез жизни**

В анамнезе многократные солнечные ожоги, в детском и взрослом возрасте.

### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 69 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6° С. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* При осмотре в области кончика носа визуализируется опухолевое образование розового цвета с ровными четкими границами размером 0,8х1,0 см см не возвышающееся над уровнем кожи. \* Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, размером до 1 см, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 98% \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

**К основным методам обследования для постановки диагноза относятся**

- 1
- 5
- 3
- 7

#### **Результаты обследования**

**Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- 1
- 5
- 3
- 7

#### **Результаты обследования**

**На основании полученных клинических данных и цитологического исследования материала можно предположить следующий диагноз**

- 1
- 5
- 3
- 7

**Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- 1
- 5
- 3
- 7

#### **Результаты обследования**

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводится в +\_\_\_\_\_+ условиях**

- «дневного стационара»
- стационарных
- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- амбулаторных (на дому)

**Пациенту показано проведение +\_\_\_\_\_+ терапии**

- фотодинамической
- химиолучевой
- химиотерапевтической
- лучевой

**Пациенту показано вмешательство в объеме фотодинамической терапии**

- пролонгированной
- опухоли под ультразвуковой навигацией
- без ультразвуковой навигации
- интраоперационной

**К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся**

- ингибиторы протонной помпы
- бронхолитики
- антибиотики
- муколитики

**Учитывая морфологический тип опухоли, размеры опухолевого образования и проведенный объем лечения, по классификации TNM у данного больного**

- T2aN0M0. Стадия Ib
- T1N0M0. Стадия I
- T1bN0M0. Стадия IA
- T1aN0M1. Стадия IV

**Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать**

- динамическое наблюдение
- проведение адъювантной химиотерапии
- проведение адъювантной иммунотерапии блокаторами PD-1
- проведение дистанционной лучевой терапии на зону удаленной опухоли

**К очевидным факторам риска развития базальноклеточного рака кожи у данного пациента относят**

- множественные солнечные ожоги
- возраст пациента
- образ жизни
- промедление в обращении к онкологу

**Профилактика рецидива базальноклеточного рака кожи у данного пациента заключается в**

- множественные солнечные ожоги
- возраст пациента
- образ жизни
- промедление в обращении к онкологу

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Женщина 90 лет самостоятельно обратилась в МНИОИ им. П.А. Герцена

### Жалобы

На рост образования на коже левой и щеки

### Анамнез заболевания

Со слов пациентки считает себя больной около трех месяцев, когда впервые появились образование на коже щеки. Не лечилась. Около месяца назад пациентка отметила изменение цвета и формы образования, по поводу чего обратилась поликлинику МНИОИ им. П.А. Герцена

### Анамнез жизни

\* В анамнезе многократные солнечные ожоги, в детском и взрослом возрасте. \*

Частое использование косметики

### Объективный статус

\* Состояние удовлетворительное. Вес 73 кг, рост 163 см. Температура тела 36,6° С. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* При осмотре на коже левой щеки определяется опухолевая инфильтрация диаметром до 1 см темно-розового цвета, без четких границ. Аналогичный очаг на коже спинки носа диаметром до 0,8 мм. \* Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, размером до 1 см, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин.  $SpO_2$  97% \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд в мин, АД 130/82 мм.рт.ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

**К основным методам обследования для постановки диагноза относятся**

- множественные солнечные ожоги
- возраст пациента
- образ жизни
- промедление в обращении к онкологу

## **Результаты лабораторных методов обследования**

### **Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- множественные солнечные ожоги
- возраст пациента
- образ жизни
- промедление в обращении к онкологу

## **Результаты обследования**

### **На основании полученных клинических данных и цитологического исследования материала можно предположить следующий диагноз**

- множественные солнечные ожоги
- возраст пациента
- образ жизни
- промедление в обращении к онкологу

### **Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- множественные солнечные ожоги
- возраст пациента
- образ жизни
- промедление в обращении к онкологу

## **Результаты обследования**

### **Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в + \_\_\_\_\_ + условиях**

- «Дневного стационара»
- амбулаторных (на дому)
- стационарных
- стационарных (отделение интенсивной терапии)

### **Пациенту показано проведение**

- лучевое лечение
- фотодинамической терапии
- химиолучевое лечение
- химиотерапевтическое лечение

### **Пациенту показано вмешательство в объеме фотодинамической терапии**

- опухоли под УЗ-навигацией
- пролонгированной
- интраоперационной

- опухоли без УЗ-навигации

**К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся**

- муколитики
- антибиотики
- ингибиторы протонной помпы
- бронхолитики

**Учитывая морфологический тип опухоли, размеры опухолевого образования и проведенный объем лечения, по классификации TNM у данного больного**

- T1bN0M0. Стадия IA
- T2aN0M0. Стадия Ib
- T1(2)N0M0. Стадия I
- T1aN0M1. Стадия IV

**Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать**

- проведение дистанционной лучевой терапии на зону удаленной опухоли
- проведение адъювантной химиотерапии
- динамическое наблюдение
- проведение адъювантной иммунотерапии блокаторами PD-1

**К очевидным факторам риска развития базальноклеточного рака кожи у данного пациента относят**

- множественные солнечные ожоги
- возраст пациента
- образ жизни
- промедление в обращении к онкологу

**Профилактика рецидива базальноклеточного рака кожи у данного пациента заключается в**

- множественные солнечные ожоги
- возраст пациента
- образ жизни
- промедление в обращении к онкологу

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 42 года самостоятельно обратился в МНИОИ им. П.А. Герцена

## **Жалобы**

На наличие опухолевого образования на коже туловища и левой голени

## **Анамнез заболевания**

По поводу базальноклеточного рака кожи головы и туловища, кожи левой голени в МНИОИ им. П.А. Герцена выполнены 2 курса ФДТ, через год диагностирован базальноклеточный рак кожи левой голени, Однако в тоже время произошел компрессионный перелом левого бедра, лечился у травматолога, в настоящее время лечение закончил. Около месяца назад пациент отметил рост образований на всех измененных участках кожи, по поводу чего обратился в поликлинику МНИОИ им. П.А. Герцена

## **Анамнез жизни**

\* В анамнезе многократные солнечные ожоги, в детском и взрослом возрасте. \* Вредное производство (работа на химическом комбинате)

## **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 82кг, рост 183 см. Температура тела 36,6° С. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* При осмотре на коже левой голени визуализируется опухолевая инфильтрация 1,5х1,2 см в диаметре, темно-розового цвета, без четких границ. Контактное кровоточит. На коже передней грудной стенки визуализируется опухолевая инфильтрация диаметром до 1,6х1,7 см темно-розового цвета, без четких границ не выступающее над поверхностью кожи. В зонах ранее проведенного лечения рубцовая ткань без особенностей. \* Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, размером до 1 см, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 17 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин.  $SpO_2$  98%. \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 120/80 мм.рт.ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

**К основным методам обследования для постановки диагноза относятся**

- множественные солнечные ожоги
- возраст пациента
- образ жизни
- промедление в обращении к онкологу

## **Результаты обследования**

**Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- множественные солнечные ожоги
- возраст пациента
- образ жизни
- промедление в обращении к онкологу

## **Результаты обследования**

**На основании полученных клинических данных и цитологического исследования материала можно предположить следующий диагноз**

- множественные солнечные ожоги
- возраст пациента
- образ жизни
- промедление в обращении к онкологу

**Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- множественные солнечные ожоги
- возраст пациента
- образ жизни
- промедление в обращении к онкологу

## **Результаты обследования**

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в + \_\_\_\_\_ + условиях**

- «дневного стационара»
- стационарных
- амбулаторных (на дому)
- стационарных (отделение интенсивной терапии)

**Пациенту показано проведение**

- лучевое лечение
- химиотерапевтическое лечение
- фотодинамической терапии
- химиолучевое лечение

**Пациенту показано вмешательство в объеме фотодинамической терапии**

- пролонгированной
- опухоли под ультразвуковой навигацией
- интраоперационной



- опухоли без ультразвуковой навигации

**К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся**

- муколитики
- бронхолитики
- ингибиторы протонной помпы
- антибиотики

**Учитывая морфологический тип опухоли, размеры опухолевого образования и проведенный объем лечения, по классификации TNM у данного больного**

- T1bN0M0. Стадия I A
- T2aN0M0. Стадия Ib
- T1aN1M1. Стадия IV
- T1(2)N0M0. Стадия I

**Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать**

- проведение адъювантной химиотерапии
- динамическое наблюдение
- проведение дистанционной лучевой терапии на зону удаленной опухоли
- проведение адъювантной иммунотерапии блокаторами PD-1

**К очевидным факторам риска развития базальноклеточного рака кожи у данного пациента относят**

- возраст пациента
- образ жизни
- множественные солнечные ожоги и вредное производство
- промедление в обращении к онкологу

**Профилактика рецидива базальноклеточного рака кожи у данного пациента заключается в**

- возраст пациента
- образ жизни
- множественные солнечные ожоги и вредное производство
- промедление в обращении к онкологу

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 55 лет самостоятельно обратился в МНИОИ им. П.А. Герцена

## **Жалобы**

На наличие опухолевого образования на коже левой щеки

## **Анамнез заболевания**

Считает себя больным в течении полугода когда отметил наличие образования кожи на левой щеке. Обратился к дерматологу, лечился консервативно без эффекта. Около месяца назад пациент отметил рост образования кожи, по поводу чего обратился поликлинику МНИОИ им. П.А. Герцена

## **Анамнез жизни**

\* В анамнезе многократные солнечные ожоги в детском и взрослом возрасте. \* Травматизация кожи во время бритья

## **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 90кг, рост 183 см. Температура тела 36,6° С. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски \* При осмотре в области левой щеки визуализируется опухолевое образование с ровными четкими границами покрытое корочкой бурого цвета размером до 2,1 см не возвышающееся над уровнем кожи. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 17 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин.  $SpO_2$  98%. \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 120/80 мм.рт.ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

**К основным методам обследования для постановки диагноза относятся**

- возраст пациента
- образ жизни
- множественные солнечные ожоги и вредное производство
- промедление в обращении к онкологу

## **Результаты обследования**

**Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- возраст пациента
- образ жизни
- множественные солнечные ожоги и вредное производство
- промедление в обращении к онкологу

## **Результаты обследования**

**На основании полученных клинических данных и цитологического исследования материала можно предположить следующий диагноз**

- возраст пациента
- образ жизни
- множественные солнечные ожоги и вредное производство
- промедление в обращении к онкологу

## **Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- возраст пациента
- образ жизни
- множественные солнечные ожоги и вредное производство
- промедление в обращении к онкологу

## **Результаты обследования**

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводится в + \_\_\_\_\_ + условиях**

- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- «дневного стационара»
- стационарных
- амбулаторных (на дому)

## **Пациенту показано**

- химиолучевое лечение
- химиотерапевтическое лечение
- лучевое лечение
- проведение фотодинамической терапии

## **Пациенту показано вмешательство в объеме**

- фотодинамической терапии опухоли под ультразвуковой навигацией
- фотодинамической терапии без ультразвуковой навигации
- пролонгированной фотодинамической терапии
- интраоперационной фотодинамической терапии

**К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся**

- антибиотики
- бронхолитики
- муколитики
- ингибиторы протонной помпы

**Учитывая морфологический тип опухоли, размеры опухолевого образования и проведенный объем лечения, по классификации TNM у данного больного**

- T2aN0M0. Стадия Ib
- T1aN0M1. Стадия IV
- T1N0M0. Стадия I
- T1bN0M0. Стадия I A

**Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать**

- динамическое наблюдение
- проведение адъювантной химиотерапии
- проведение адъювантной иммунотерапии блокаторами PD-1
- проведение дистанционной лучевой терапии на зону удаленной опухоли

**К очевидным факторам риска развития базальноклеточного рака кожи у данного пациента относят**

- образ жизни
- возраст пациента
- промедление в обращении к онкологу
- травматизацию кожи лица

**Профилактикой рецидива базальноклеточного рака кожи у данного пациента является**

- образ жизни
- возраст пациента
- промедление в обращении к онкологу
- травматизацию кожи лица

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 70 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра.

### **Жалобы**

на повышение уровня АД до 180/80 мм рт ст (максимальные цифры) в течение последнего месяца, чаще в утренние часы, умеренно выраженные головные боли. Снижение массы тела на 14 кг в течение последнего месяца. На опухолевое образование в правой лобно-теменной области.

### **Анамнез заболевания**

В феврале 2011 года отметила появление опухолевого образования в правой лобно-теменной области, которое постепенно увеличивалось в размерах. При обследовании в онкодиспансере по месту жительства выполнена пункция

образования правой лобно-теменной области, цитологическое заключение: метастаз БДУ (без диагностического уточнения). Проведено комплексное обследование: \_МРТ головного мозга\_: объемный процесс в правой лобно-теменной области 62х40х44 мм в диаметре с деструкцией костей свода черепа на уровне локализации, протяженностью до 38 мм, интракраниальный компонент до 12 мм глубиной. \_Сцинтиграфия скелета\_: признаки вторичного очагового поражения костей свода черепа, 7 грудного позвонка, костей таза и 2 ребра слева. \_Рентгенологическое исследование органов грудной клетки\_: патологии не выявлено. По данным \_УЗИ органов брюшной полости\_ выявлены множественные очаги в печени. С целью дообследования выполнено \_КТ исследование органов брюшной полости\_ с контрастным усилением: печень обычно расположена, поперечными размерами 20х12 см. Контуры четкие неровные. Плотность паренхимы на нижней границе нормы. В С7 определяется нечетко очерченное патологическое образование размерами 47х40х40 мм, накапливающее контрастный препарат наиболее интенсивно в артериальную фазу исследования, "сбрасывающее" контрастный препарат в паренхиматозную и отсроченную фазы с образованием гиперденсного ободка по периферии. Во всех сегментах печени определяются патологические очаги. Селезенка размерами 12.8х5.5х12.5 см, структура однородная. Воротная вена 12.4 мм, селезеночная вена-11 мм, верхняя брыжеечная вена - 11.4 мм. Пупочная вена - 4 мм. По другим органам без особенностей. \*Заключение\*: КТ-картина множественных очагов печени. Выполнена \_биопсия опухолевого образования\_ в С7 печени (наиболее крупный очаг). \*Гистологическое заключение\*: гепатоцеллюлярный рак. Пациентка направлена в онкологический центр для дальнейшего лечения.

### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания: хронический гепатит С (1b). Синдром портальной гипертензии. Варикозное расширение вен пищевода II ст. Компенсированный фрагментированный субтотальный стеноз пищевода. Гастродуоденит. Гипертоническая болезнь II ст. 2 ст. \* не курит, алкоголем не злоупотребляет. \* аллергические реакции на медикаменты отрицает. \* опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 50 кг, рост 165 см. Температура тела 36,5°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор снижен. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: жалоб нет. Данные осмотра молочных желез без патологии. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 15/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 77/мин, АД 130/95 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. \_Неврологический статус\_: в сознании, ориентирована. Общемозговая симптоматика в виде умеренно выраженной головной боли. Зрачки ОД=ОС, средней величины, фотореакции

живые. Поверхностные и глубокие виды чувствительности не нарушены. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. Менингеальные симптомы отрицательные. Местный статус: в правой лобно-теменной области отмечается опухолевое образование плотно-эластичной консистенции. Безболезненное при пальпации. Общими размерами 6,0х5,0 см.

**Выберите необходимый для постановки диагноза инструментальный метод обследования**

- образ жизни
- возраст пациента
- промедление в обращении к онкологу
- травматизацию кожи лица

**Результаты инструментального метода обследования**

**Выберите необходимые для выбора тактики лечения и оценки распространенности процесса инструментальные и лабораторные методы обследования**

- образ жизни
- возраст пациента
- промедление в обращении к онкологу
- травматизацию кожи лица

**Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании анамнеза и проведенного обследования больной можно поставить диагноз**

- образ жизни
- возраст пациента
- промедление в обращении к онкологу
- травматизацию кожи лица

**Для определения тактики лечения пациентки необходимо проведение**

- консилиума с участием нейрохирурга, онколога, радиотерапевта
- осмотра глазного дна (консультация окулиста)
- анализа свертывающей системы крови
- неврологического осмотра (консультация невролога)

**Объемом нейрохирургического вмешательства будет**

- частичное удаление мягкотканного и костного компонентов метастаза из правой лобно-теменной области с последующим послойным ушиванием мягких тканей
- удаление метастаза из правой лобно-теменной области с последующим послойным ушиванием мягких тканей

- удаление метастаза из правой лобно-теменной области, пластика костного дефекта титановой пластиной
- частичное удаление мягкотканного компонента метастаза из правой лобно-теменной области с последующим послойным ушиванием мягких тканей

**С целью оценки объема проведенного хирургического лечения рекомендовано провести**

- церебральную ангиографию
- КТ головного мозга
- МР-трактографию
- ЭЭГ

**Для выбора режима лекарственной противоопухолевой терапии необходимо проведение**

- иммуногистохимического исследования с определением в опухоли уровня экспрессии РЭ и РП (рецепторов эстрогенов и прогестерона)
- морфологического исследования операционного материала
- цитологического исследования опухоли
- молекулярно-генетического исследования опухоли (метилирование гена MGMT)

**Пациентам с подтвержденным диагнозом гепатоцеллюлярного рака рекомендовано проведение таргетной терапии в режиме**

- сорафениб 800 мг/сутки (по 400 мг × 2 раза/сутки) внутрь, длительно
- сунитиниб 50 мг/сутки внутрь 1–4 недели, 2 недели перерыв
- трастузумаб 6 мг/кг внутривенно (нагрузочная доза 8 мг/кг) 1 раз в 3 недели или 2 мг/кг внутривенно (нагрузочная доза 4 мг/кг) еженедельно
- бевацизумаб 5–10 мг/кг внутривенно 1 раз каждые 2 недели

**Оценка эффекта лекарственного противоопухолевого лечения проводится + \_\_\_\_\_ + месяца/ месяцев**

- один раз в 12
- один раз в 9
- каждые 2–3
- один раз в 6

**В качестве комплексного обследования рекомендовано проведение**

- КТ головного мозга с контрастным усилением, МРТ опорно-двигательного аппарата с контрастированием, перфузионная МСКТ головного мозга, КТ головного мозга с контрастным усилением, колоноскопия

- МРТ головного мозга с контрастным усилением, МР-диффузия всего тела, МРТ опорно-двигательного аппарата, анализы крови на онкомаркеры, консультация невролога
- КТ головного мозга без контрастного усиления, ЭЭГ, ПЭТ/КТ всего тела, МТ органов малого таза, МР-диффузия всего тела, УЗИ органов брюшинного пространства, консультация окулиста
- МРТ головного мозга с контрастным усилением, ЭГДС, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, КТ, 4-х фазная и/или динамическая МРТ органов брюшной полости с контрастным усилением; анализ крови на АФП

### **Проведение реабилитационных мероприятий после противоопухолевого лечения**

- нецелесообразно
- проводится только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- проводится при стойком неврологическом дефиците
- обязательно

### **В группу риска развития ГЦР входят пациенты, страдающие**

- нецелесообразно
- проводится только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- проводится при стойком неврологическом дефиците
- обязательно

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная 47 лет обратилась к онкологу поликлиники по месту жительства

### **Жалобы**

на наличие образования в правой молочной железе

### **Анамнез заболевания**

Накануне обращения к специалисту самостоятельно обнаружила уплотнение в правой молочной железе

### **Анамнез жизни**

\* Наследственность неотягощена \* хронических заболеваний нет \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей не имеет \* пременопауза (последняя менструация около 2-х месяцев назад)

### **Объективный статус**

### **Основным методом для постановки диагноза в данном клиническом случае является**

- нецелесообразно
- проводится только в случае рецидива заболевания в головном мозге



- проводится при стойком неврологическом дефиците
- обязательно

### **Результаты обследования**

**Выберите все необходимые инструментальные методы обследования для постановки полного диагноза**

- нецелесообразно
- проводится только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- проводится при стойком неврологическом дефиците
- обязательно

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Основываясь на данные анамнеза, клинического осмотра, инструментальные и морфологические исследования основным диагнозом является**

- нецелесообразно
- проводится только в случае рецидива заболевания в головном мозге
- проводится при стойком неврологическом дефиците
- обязательно

**Пациентка заинтересована в сохранении молочной железы. В этом случае тактика лечения пациентки на I этапе заключается в**

- дистанционной лучевой терапии в суммарной очаговой дозе 45-50 Гр на область молочной железы
- гормональной терапии антиэстрогенными препаратами (тамоксифен) или ингибиторами ароматазы (анастрозол, летрозол)
- неoadъювантной химио-лучевой терапии с оценкой состояния лимфатических узлов
- проведении неoadъювантного лекарственного лечения с оценкой динамики размеров опухоли

**Предпочтительной схемой неoadъювантного химиотерапевтического лечения пациентки является**

- режим FOLFOX 6 циклов
- режим AC 1 раз в 3 нед., 4 цикла → паклитаксел\*\* 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 4 цикла + трастузумаб 6 мг/кг (нагрузочная доза 8 мг/кг) в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед. 4 цикла
- монотерапия доксорубицином 60 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1 раз в 3 нед., 4 цикла
- режим AC 1 раз в 3 нед., 4 цикла → доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день 1 раз в 3 нед., 4 цикла

**После завершения неоадьювантного лекарственного лечения у больной по данным контрольного клинико-инструментального обследования диагностирована частичная регрессия опухолевого процесса (pr): размеры опухолевого узла уменьшились более, чем на 50%. Учитывая данную клиническую ситуацию, пациентке следует рекомендовать**

- продолжение лекарственного лечения
- отказ от операции, продолжение лекарственного лечения с добавлением гормонотерапии
- II этап – лучевую терапию
- II этап – хирургическое лечение

**Вариантом хирургического лечения в данном клиническом случае является**

- резекция правой молочной железы с определением «сторожевого» лимфатического узла
- радикальная резекция молочной железы слева, с определением контрлатерального «сторожевого» лимфатического узла
- радикальная двусторонняя мастэктомия
- радикальная расширенная мастэктомия справа

**С учетом того, что пациентке проведен полный курс неоадьювантной химиотерапии, III этапом комплексного лечения в данной клинической ситуации является**

- лучевая терапия
- гормональная терапия на 5 лет с овариальной супрессией
- дополнительный цикл системной химиотерапии
- таргетная терапия

**Остеомодифицирующие препараты целесообразно назначать**

- всем пациенткам репродуктивного возраста
- только после овариоэктомии
- в случае гормонзависимого типа опухоли у пациентки в менопаузе
- после проведения курса системной лекарственной терапии всем пациенткам

**Оптимальный интервал времени от начала лечения до оценки эффекта от неоадьювантной химиотерапии составляет**

- 16-18 недель
- 4 месяца
- 3 недели
- 6-8 недель

## **Неоадьювантная лекарственная терапия при первично операбельном раке молочной железы позволяет**

- исключить возможность развития опухоли в контрлатеральной молочной железе
- снизить вероятность развития осложнений и побочных эффектов системной лекарственной терапии
- выполнить органосохраняющую операцию и улучшить косметический эффект
- уменьшить срок диспансерного наблюдения после завершения лечения

## **К фактору неблагоприятного прогноза рака молочной железы относят**

- исключить возможность развития опухоли в контрлатеральной молочной железе
- снизить вероятность развития осложнений и побочных эффектов системной лекарственной терапии
- выполнить органосохраняющую операцию и улучшить косметический эффект
- уменьшить срок диспансерного наблюдения после завершения лечения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 47 лет направлена районным онкологом в МНИОИ им. П.А. Герцена - филиала ФГБУ "НМИЦ радиологии" Минздрава России

### **Жалобы**

На выделение крови, слизи во время акта дефекации

### **Анамнез заболевания**

После вторых родов отметила появление геморроидальных узлов с эпизодическим (1-2 раза в месяц) выделением крови из них. В последний месяц кровотечение усилилось, приняло ежедневный характер, по поводу чего обратилась к колопроктологу. После осмотра была направлена к районному онкологу, после осмотра районным онкологом направлена в МНИОИ им. П.А. Герцена

### **Анамнез жизни**

\* В течении длительного времени болеет болезнью Крона \* Не курит, алкоголем не злоупотребляет \* Аллергические реакции на лекарственные средства отрицает

### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 69 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6°C. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* Периферические лимфоузлы не увеличены. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней

глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин.  $Ro \sim 2 \sim 98\%$  \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве. Склонность к запорам, стул 1 раз в 3-4 дня.

**Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования**

- исключить возможность развития опухоли в контрлатеральной молочной железе
- снизить вероятность развития осложнений и побочных эффектов системной лекарственной терапии
- выполнить органосохраняющую операцию и улучшить косметический эффект
- уменьшить срок диспансерного наблюдения после завершения лечения

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Выберите необходимые методы обследования, позволяющие выявить источник кровотечения**

- исключить возможность развития опухоли в контрлатеральной молочной железе
- снизить вероятность развития осложнений и побочных эффектов системной лекарственной терапии
- выполнить органосохраняющую операцию и улучшить косметический эффект
- уменьшить срок диспансерного наблюдения после завершения лечения

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Выберите дополнительные методы диагностики, позволяющие оценить распространенность процесса**

- исключить возможность развития опухоли в контрлатеральной молочной железе
- снизить вероятность развития осложнений и побочных эффектов системной лекарственной терапии
- выполнить органосохраняющую операцию и улучшить косметический эффект

- уменьшить срок диспансерного наблюдения после завершения лечения

## **Результаты обследования**

### **Предполагаемый основной диагноз**

- исключить возможность развития опухоли в контрлатеральной молочной железе
- снизить вероятность развития осложнений и побочных эффектов системной лекарственной терапии
- выполнить органосохраняющую операцию и улучшить косметический эффект
- уменьшить срок диспансерного наблюдения после завершения лечения

### **Больной показано проведение**

- химиотерапии
- симптоматической терапии
- предоперационной лучевой/химиолучевой терапии и последующего радикального хирургического лечения
- лучевой/химиолучевой терапии по радикальной программе

### **Пациентке показано оперативное вмешательство в объеме**

- трансанального иссечения опухоли (ТИ)
- петлевой электроэксцизии опухоли при помощи колоноскопа
- тотальной или парциальной мезоректумэктомии
- трансанального эндомикрохирургического удаления опухоли (ТЭМ)

**По данным гистологического исследования удаленного препарата: в стенке толстой кишки отмечается инфильтративный рост умереннодифференцированных аденокарцином толстой кишки с прорастанием всех слоев стенки кишки. В краях резекции по стенке толстой кишки - опухолевого роста нет. В 5 из 20 исследованных лимфатических узлах околотолстокишечной клетчатки – метастазы аденокарциномы аналогичного строения. По классификации tnm у данной больной**

- ур T3 N2~a~M0
- ур T4 N1~b~ M0
- ур T4 N0 M0
- ур T2 N1~b~M0

**По tnm классификации опухоль стадирована как ур t3 n2~a~ m0. у больной +\_\_\_\_\_+ стадия рака прямой кишки**

- IIIB
- IV

- II
- I

**Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать**

- адъювантную химиотерапию по схеме GEMOX
- послеоперационную лучевую терапию
- строгое динамическое наблюдение
- адъювантную химиотерапию по схеме XELOX или FOLFOX

**Длительность адъювантной химиотерапии должна составлять**

- 6 месяцев
- 1 год
- 5 лет
- 3 года

**Наблюдение у районного онколога пациенту показано с периодичностью 1 раз в**

- 6 мес. в течение 3 лет
- 3 мес. в течение 2 лет, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет
- 3 мес. в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет
- месяц в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет

**К очевидным факторам риска развития рака прямой кишки у данной пациентки относится**

- 6 мес. в течение 3 лет
- 3 мес. в течение 2 лет, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет
- 3 мес. в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет
- месяц в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 52 лет обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

### **Жалобы**

на умеренно выраженные головные боли, головокружение, дезориентацию во времени

### **Анамнез заболевания**

Начало заболевания в мае 2018 года, когда стал отмечать снижение концентрации внимания, памяти, появились жалобы на головокружение, головные боли. При обращении к неврологу по месту жительства было рекомендовано проведение КТ исследования головного мозга при котором было

выявлено опухолевое образование в правой лобной доле головного мозга. Пациент направлен на консультацию в онкологический центр.

### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания: ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Атеросклероз аорты. Гипертоническая болезнь 1 ст. 2ст. риск 2 \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей нет \* аллергические реакции на медикаменты отрицает \* опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 89 кг, рост 190 см. Температура тела 36,3°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14/минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 71/мин, АД 130/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. Неврологический статус : Сознание ясное. Умеренно выраженные головные боли, чаще в утреннее время суток (общемозговая симптоматика). Правша. Амнестическая афазия. Движение глаз: нарушений нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Нарушения мимики нет. Симптомов орального автоматизма нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет. Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушены. Двигательные функции не нарушены. Мышечный тонус не изменен. Менингеальный синдром отрицательный.

### **Выберите необходимый для постановки диагноза инструментальный метод обследования**

- 6 мес. в течение 3 лет
- 3 мес. в течение 2 лет, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет
- 3 мес. в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет
- месяц в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет

### **Результаты инструментального метода обследования**

**На основании анамнеза заболевания и проведенного обследования можно поставить следующий диагноз данной больной**

- 6 мес. в течение 3 лет
- 3 мес. в течение 2 лет, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет
- 3 мес. в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет
- месяц в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет

**Для верификации диагноза необходимо провести**

- ПЭТ/КТ головного мозга с метионином
- морфологическое исследование
- анализ крови на онкомаркер РЭА
- цитологическое исследование опухоли

### **Выбором тактики лечения пациента на первом этапе будет**

- хирургическое лечение
- проведение химиотерапии
- стереотаксическая радиохирургия опухоли
- лучевая терапия на весь объем головного мозга

### **На втором этапе лечения пациенту будет проведена**

- химиотерапия по схеме: PCV: ломустин 90 мг/м<sup>2</sup> внутрь в 1-й день {plus} винкристин 1,5 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й и 8-й дни {plus} прокарбазин 70 мг/м<sup>2</sup> внутрь в дни 8–21-й дни, каждые 6 недель
- лучевая терапия на ложе удаленной опухоли
- таргетная терапия (Авастин (Бевацизумаб)-5 мг/кг внутривенно 1 раз в 2 недели, в течение 6 месяцев)
- противоопухолевая лекарственная терапия по схеме: Иринотекан 200 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й и 15-й дни {plus} Бевацизумаб 5–10 мг/кг в/в в 1-й и 15-й дни, каждые 4 недели

### **На 3-м этапе пациенту рекомендовано проведение**

- химиотерапии по схеме: Темозоломид (Темодал) – 150-200 мг/м<sup>2</sup>/сутки внутрь 1-5 дни, каждые 28 дней (первый курс – 150 мг/м<sup>2</sup>/сутки (300 мг/сутки) внутрь 1-5 дни, интервал – 23 дня
- противоопухолевой лекарственной терапии по схеме: Ниволумаб 3 мг/кг в/в {plus} Ипилимумаб 1 мг/кг в/в 1 раз в 3 недели 4 введения, далее — монотерапия ниволумабом 3 мг/кг в/в 1 раз в 2 недели
- противоопухолевой лекарственной терапии по схеме: Иринотекан 200 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й и 15-й дни {plus} Бевацизумаб 5–10 мг/кг в/в в 1-й и 15-й дни, каждые 4 недели
- противоопухолевой лекарственной терапии по схеме: Эксеместан 25 мг/сутки внутрь ежедневно {plus} Эверолимус 10 мг/сутки внутрь ежедневно

### **Оценка эффекта лекарственного лечения проводится**

- каждые 2-3 месяца в течение 2-3 лет
- 2 раза в год в течение 3 лет
- один раз в год в течение 5 лет
- на основании данных осмотра невролога и окулиста

### **Методом выбора лечения при прогрессировании заболевания является**



- стереотаксическая радиохирургия на область рецидивной опухоли
- иммунотерапия
- 2-я линия химиотерапии
- повторная лучевая терапия на область рецидивной опухоли

**Методом диагностики при прогрессировании процесса в головном мозге (продолженный рост опухоли) является**

- ПЭТ/КТ головного мозга с метионином
- МР-диффузия всего тела
- КТ головного мозга без и с контрастным усилением
- ЭЭГ

**Стереотаксическая биопсия опухоли**

- проводится только при метастатическом поражении ЦНС, так как при первичных опухолях головного мозга рекомендовано субтотальное или тотальное удаление опухоли
- проводится в случае мультифокального поражения, диффузного характера роста опухоли, двухсторонней локализации с вовлечением мозолистого тела, поражения срединных структур
- не является стандартным методом при постановке диагноза глиобластомы, так как не является абсолютно информативным методом
- проводится всем пациентам с подозрением на опухолевое поражение головного мозга для определения тактики лечения пациентов

**Дифференциальный диагноз следует проводить с**

- церебральными метастазами
- невриномой
- артерио-венозной мальформацией
- менингиомой

**Антитромботическая профилактика рекомендуется пациентам**

- церебральными метастазами
- невриномой
- артерио-венозной мальформацией
- менингиомой

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 19 лет обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

## **Жалобы**

На умеренно выраженные головные боли, общую слабость

## **Анамнез заболевания**

В 2016 году установлен диагноз: Остеосаркома левой бедренной кости.

Проведено лечение (в онкологическом центре): хирургическое: (сегментарная резекция, остеосинтез). В предоперационном периоде проведено 3 курса ПХТ (с включением доксорубина, ифосфамида), в послеоперационном – 5 курсов ПХТ (с включением доксорубина, ифосфамида). В мае 2018 года появились жалобы на головные боли. При КТ-исследовании головного мозга от 02.05.2018 года было обнаружено объемное образование теменно-затылочной области левого полушария головного мозга. Больной направлен в поликлинику онкологического центра.

## **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания: хронический гастрит \* вредные привычки: отрицает  
\* аллергические реакции на медикаменты отрицает \* опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен

## **Объективный статус**

Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 3. Вес 70 кг, рост 187 см. Температура тела 36,7°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли и атрофии нет. Кости и суставы: St.localis: область послеоперационного рубца на левом бедре без патологии. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание с жестким оттенком с двух сторон, хрипов нет. ЧДД 14/минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 59/минуту, АД 121/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. \_Неврологический статус\_: Сознание ясное. Общемозговая симптоматика в виде умеренно выраженных головных болей. Движение глаз: нарушений нет. Конвергенция не нарушена. Аккомодация содружественная справа, содружественная слева. Снижение чувствительности на лице нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет. Гипестезия справа. Суставно-мышечное чувство сохранено. Двигательные функции не нарушены. Мышечный тонус не изменен. Мозжечковые функции не нарушены. Сухожильные и периостальные рефлексy не изменены, равномерны. Менингеальные симптомы отрицательные.

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- церебральными метастазами
- невриномой
- артерио-венозной мальформацией
- менингиомой

## **Результаты инструментального метода обследования**

**Необходимыми для оценки распространенности процесса и постановки диагноза методами исследования являются**

- церебральными метастазами
- невриномой
- артерио-венозной мальформацией
- менингиомой

## **Результаты обследования**

**У данного больного на основании анамнеза заболевания и проведенного комплексного обследования можно предположить следующий диагноз**

- церебральными метастазами
- невриномой
- артерио-венозной мальформацией
- менингиомой

**Выбором тактики лечения на первом этапе будет**

- хирургическое лечение
- облучение всего головного мозга
- стереотаксическая биопсия опухоли теменно-затылочной области слева
- стереотаксическая радиохирургия на область опухоли теменно-затылочной области слева

**Выбор тактики хирургического лечения пациента определяется на основании**

- заключения КТ перфузии головного мозга
- данных комплексного обследования
- заключения ЭЭГ
- офтальмологического осмотра пациента

**На 2-м этапе лечения пациенту показано проведение**

- облучения всего головного мозга
- стереотаксической радиохирургии на область церебрального метастаза
- иммунотерапии
- лучевой терапии

**На 3-м этапе лечения пациенту показано проведение**

- гормонотерапии
- химиотерапии
- таргетной терапии

- иммунотерапии

### **Схемой выбора химиотерапии является**

- паклитксел-175 мг/м<sup>2</sup> внутривенно в 1-й день {plus} Карбоплатин по AUC=5 (500 мг) внутривенно в 1-й день. Курсы ПХТ 1 раз в 3 недели
- топотекан 4 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й, 8-й и 15-й дни, каждые 4 недели, до 6 курсов
- схема AP: Доксорубин 90 мг/м<sup>2</sup> в/в {plus} Цисплатин 120 мг/м<sup>2</sup> в/в или в/а инфузия в 1-й день, каждые 4 недели. Схема HD I: Ифосфамид 2000 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1–7-й дни
- этопозид 100 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й, 2-й, 3-й дни {plus} Карбоплатин AUC5 в/в в 1-й день, каждые 3 недели, до 6 курсов

### **Больные остеосаркомой, закончившие этап комбинированного лечения, должны наблюдаться с периодичностью 1 раз в**

- 3 месяца в течение первых 2 лет, далее — 1 раз в 6 мес. до общей продолжительности 5 лет
- 10 месяцев в течение первых 5 лет, далее — 1 раз в год до общей продолжительности 7 лет
- 8 месяцев в течение первых 2 лет, далее — 1 раз в 10 месяцев до общей продолжительности 3 лет
- 5 месяцев в течение первых 3 лет, далее — 1 раз в 9 месяцев до общей продолжительности 5 лет

### **Рекомендуемым алгоритмом лечебно-диагностических мероприятий при метастатических опухолях ЦНС является проведение**

- МРТ головного мозга с внутривенным контрастированием каждые 3 месяца
- КТ головного мозга с контрастным усилением, МРТ органов брюшной полости, малого таза и забрюшинного пространства, перфузионная МСКТ головного мозга, колоноскопия
- КТ головного мозга с контрастным усилением, ЭЭГ, ПЭТ/КТ всего тела, МТ органов брюшной полости, МР-диффузия всего тела, УЗИ органов забрюшинного пространства, консультация невролога
- МРТ головного мозга с контрастным усилением, МР-диффузия всего тела, МРТ опорно-двигательного аппарата, анализы крови на онкомаркеры, консультация невролога

### **Применение остеомодифицирующих агентов с целью купирования болевого синдрома должно начинаться как можно раньше и может сочетаться с одновременным использованием**

- эритропозстимулирующих препаратов, НПВС, препаратов железа, витаминов

- глюкокортикостероидов, антигистаминных препаратов, противосудорожных препаратов
- НПВС, опиоидных и неопиоидных анальгетиков, ГКС
- блокаторов рецепторов дофамина: бензамиды (метоклопрамид, итоприд), фенотиазин (хлорпромазин или аминазин, прометазин, метопемазин), бутирофенонов (дроперидол, галоперидол), бензодиазепинов (диазепам, лоразепам, альпрозолам)

### **В процессе лечения золедроновой кислотой требуется контроль**

- эритропоезстимулирующих препаратов, НПВС, препаратов железа, витаминов
- глюкокортикостероидов, антигистаминных препаратов, противосудорожных препаратов
- НПВС, опиоидных и неопиоидных анальгетиков, ГКС
- блокаторов рецепторов дофамина: бензамиды (метоклопрамид, итоприд), фенотиазин (хлорпромазин или аминазин, прометазин, метопемазин), бутирофенонов (дроперидол, галоперидол), бензодиазепинов (диазепам, лоразепам, альпрозолам)

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 52 лет поступил в урологическое отделение онкологического диспансера.

### **Жалобы**

на макрогематурию в течение 3 месяцев; периодические режущие боли внизу живота при мочеиспускании; утомляемость.

### **Анамнез заболевания**

Больной в течение 3 месяцев отмечает примесь крови в моче, периодические режущие боли внизу живота при мочеиспускании. 2 месяца назад обратился к терапевту по месту жительства, выставлен диагноз: острый цистит. Проведен курс антибактериальной терапии препаратом ципрофлоксацин, без эффекта. Далее направлен на УЗИ малого таза, почек. По результатам обследования: по задней стенке мочевого пузыря определяется экзофитное образование на широком основании, размерами 2,5х3,2х1,5 см. Пациент направлен в онкологический диспансер для дообследования и выработки тактики лечения.

### **Анамнез жизни**

\* Гипертоническая болезнь 2 ст, I ст, риск ССО 2. \* Алкоголем не злоупотребляет, Курение в течение 20 лет, до 2 пачек в день, не курит в течение 5 лет \* Работает бухгалтером, профессиональных вредностей не имеет \* В анамнезе - аллергическая реакция на новокаин (кожная сыпь, зуд, гиперемия)

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Вес 71 кг, рост 174 см. Температура тела 36,3°C. Кожные покровы бледные, теплые, тургор снижен. При аускультации -

во все отделы легких проводится везикулярное дыхание, хрипов нет. ЧДД – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные. ЧСС – 70 уд в мин. АД - 138/82 мм рт ст. Живот симметричный, безболезненный при пальпации. Симптомы раздражения брюшины отрицательны. Печень, селезенка не увеличены. Мочеиспускание самостоятельное, моча с примесью крови. Стул регулярный, оформленный.

**Выберите необходимые для постановки диагноза физикальные и инструментальные методы обследования**

- эритропозстимулирующих препаратов, НПВС, препаратов железа, витаминов
- глюкокортикостероидов, антигистаминных препаратов, противосудорожных препаратов
- НПВС, опиоидных и неопиоидных анальгетиков, ГКС
- блокаторов рецепторов дофамина: бензамиды (метоклопрамид, итоприд), фенотиазинов (хлорпромазин или аминазин, прометазин, метопемазин), бутирофенонов (дроперидол, галоперидол), бензодиазепинов (диазепам, лоразепам, альпрозолам)

**Результаты физикальных и инструментальных методов обследования**

**Наиболее информативным из необходимых дополнительных методов обследования является**

- эритропозстимулирующих препаратов, НПВС, препаратов железа, витаминов
- глюкокортикостероидов, антигистаминных препаратов, противосудорожных препаратов
- НПВС, опиоидных и неопиоидных анальгетиков, ГКС
- блокаторов рецепторов дофамина: бензамиды (метоклопрамид, итоприд), фенотиазинов (хлорпромазин или аминазин, прометазин, метопемазин), бутирофенонов (дроперидол, галоперидол), бензодиазепинов (диазепам, лоразепам, альпрозолам)

**Результаты обследования**

**На основании физикальных и инструментальных методов обследования пациенту можно поставить диагноз**

- эритропозстимулирующих препаратов, НПВС, препаратов железа, витаминов
- глюкокортикостероидов, антигистаминных препаратов, противосудорожных препаратов
- НПВС, опиоидных и неопиоидных анальгетиков, ГКС
- блокаторов рецепторов дофамина: бензамиды (метоклопрамид, итоприд), фенотиазинов (хлорпромазин или аминазин, прометазин, метопемазин),

бутирофенонов (дроперидол, галоперидол), бензодиазепинов (диазепам, лоразепам, альпрозолам)

**Пациенту на первом этапе лечения следует рекомендовать**

- радикальную цистэктомию
- лучевую терапию СОД 60-66 Гр
- ТУР мочевого пузыря с адъювантной внутривузырной химиотерапией
- неoadъювантную химиотерапию

**При определении частичного ответа после проведенного неoadъювантной химиотерапии, на втором этапе лечения пациенту следует рекомендовать**

- радикальную цистэктомию
- внутривузырную иммунотерапию
- динамическое наблюдение
- симптоматическую терапию

**Комбинацией химиопрепаратов, которые могут быть использованы в рамках неoadъювантного лекарственного лечения, является**

- доксорубицин; ифосфамид
- гемцитабин; цисплатин
- гемцитабин; паклитаксел
- доцетаксел; карбоплатин

**Препаратом, который может быть использован во второй линии лечения метастатического рака мочевого пузыря, является**

- винфлунин
- дабрафениб
- липосомальный доксорубицин
- панитумумаб

**Иммунопрепаратом, который может быть использован при лечении метастатического рака мочевого пузыря, является**

- ипилимумаб
- тремелиумаб
- дурвалумаб
- пембролизумаб

**К нежелательным явлениям, характерным для платиносодержащей химиотерапии, относят**

- увеличение внутричерепного давления
- периферическую полинейропатию
- иридоциклит

- гнойничковые высыпания на коже лица, передней грудной стенки

**К наиболее часто встречаемым поздним послеоперационным осложнениям после выполнения радикальной цистэктомии относят**

- паховые грыжи
- лимфоцеле
- эректильную дисфункцию
- желудочно-кишечные кровотечения

**Фактором, достоверно увеличивающим вероятность возникновения рака мочевого пузыря, является**

- хронический сальпингоофорит
- курение
- длительный прием НПВС
- употребление алкоголя

**Диагноз рака мочевого пузыря сT1N2M0 соответствует + \_\_\_\_\_ + стадии заболевания**

- хронический сальпингоофорит
- курение
- длительный прием НПВС
- употребление алкоголя

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 56 лет в январе 2019 г. обратился в МНИОИ им. П.А. Герцена с целью консультации и лечения

### **Жалобы**

Жалоб на момент обследования не предъявлял

### **Анамнез заболевания**

Симптомы инфравезикальной обструкции: ослабление и прерывистость струи мочи, ощущение неполного опорожнения мочевого пузыря, учащение мочеиспускания, императивные позывы к мочеиспусканию, стрессовое недержание мочи. В ноябре 2018 г. при плановом обследовании выявлено повышение уровня ПСА до 7,2 нг/мл.

### **Анамнез жизни**

В анамнезе 2014 году язва желудка, консервативное лечение. Злокачественное новообразование желудка у отца. Аллергоанамнез не отягощен. Вредные привычки отрицает.

### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 180 см. Температура тела 36,6 °С. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \*



Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, размером до 1 см, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, с жестким оттенком, хрипов нет, ЧДД 17 уд в мин.  $PO_2$  98% \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 125/80 мм.рт.ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. \* Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. Поясничная область визуально и пальпаторно не изменена. Симптом "поколачивания" отрицательный с обеих сторон

**Выберите необходимые для постановки диагноза лабораторные методы обследования**

- хронический сальпингоофорит
- курение
- длительный прием НПВС
- употребление алкоголя

**Результаты лабораторных методов обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются выполнение**

- хронический сальпингоофорит
- курение
- длительный прием НПВС
- употребление алкоголя

**Результаты инструментальных методов обследования**

**У данного больного на основании результатов клинико-лабораторных и инструментальных методов исследований можно предположить диагноз**

- хронический сальпингоофорит
- курение
- длительный прием НПВС
- употребление алкоголя

**Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- УЗ сканирование вен нижних конечностей, биохимический анализ крови, ПЭТ КТ, сцинтиграфию костей
- МРТ головного мозга, клинический анализ крови, гастробиопсию, эзофагогастродуоденоскопию
- КТ, МРТ органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза, сцинтиграфию скелета, общий и биохимический анализы крови, коагулологическое исследование, биопсию предстательной железы
- ЭКГ, эхокардиографию, МРТ головного мозга, сцинтиграфию скелета, биохимический анализ крови и мочи, КТ брюшной полости, гастробиопсию, колоноскопию

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в + \_\_\_\_\_ + условиях**

- амбулаторных (на дому)
- «дневного стационара»
- стационарных
- стационарных (отделение интенсивной терапии)

**Пациенту необходимо назначить**

- лучевую терапию
- хирургическое лечение
- активное наблюдение
- брахитерапию (контактная лучевая терапия)

**Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме**

- профилактической регионарной лимфаденэктомии
- лапароскопической простатэктомии без расширенной тазовой лимфаденэктомии
- водоструйной нервосберегающей простатэктомии
- радикальной простатэктомии с расширенной тазовой лимфаденэктомией

**К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся**

- спазмолитики
- антибиотики
- ингибиторы протонной помпы
- антидепрессанты

**НА ОСНОВАНИИ ДАННОГО ГИСТОЛОГИЧЕСКОГО ЗАКЛЮЧЕНИЯ ОПЕРАЦИОННОГО МАТЕРИАЛА: На фоне фиброзно-железистой гиперплазии с очагами высокой ПИН эпителия желез, в обеих долях предстательной железы (кроме апексов) определяется инвазивный рост ацинарной аденокарциномы 7 баллов (3+4) по Глисону, G2, с очагами**

**внеклеточного слизиеобразования, с подрастанием к капсуле, без прорастания последней, с периневральным ростом, с инфильтрацией правого семенного пузырька. Уретра и левый семенной пузырек - интактны. Хирургический край резекции без опухолевого роста. В 18 исследованных лимфоузлах - метастазов рака нет, гистиоцитоз синусов, очаги фиброзно-жирового замещения. По классификации TNM у данного больного**

- pT1aN0M0 стадия I
- T1aN0M1 стадия IV
- pT3bN0M0 стадия III
- pT3N1M0 стадия III

**Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать**

- наблюдение без лабораторных методов исследования, гормональную терапию на протяжении 6 месяцев
- определение ПСА каждые 3 недели, применение ХТ доцетакселом в 1 линии терапии, КТ органов брюшной полости каждые 3 месяца
- определение ПСА 1 раз в месяц на протяжении 6 месяцев, гормональную терапию, МРТ головного мозга 1 раз в год
- определение уровня ПСА каждые 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2- и 3-го года, далее ежегодно

**Наблюдение у районного онколога пациенту показано каждые + \_\_\_\_\_ + и затем ежегодно**

- 2 месяца в течение 1 года, каждые 5 месяцев в течение 2- и 3-го года
- полгода в течение 1 года, каждые 8 месяцев в течение 2- и 3-го года
- 3 месяца в течение 2 лет, каждые 8 месяцев в течение 3 года
- 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2- и 3-го года

**Пациент в течение 3 лет получал комплексное лечения по поводу рака предстательной железы, упал и получил перелом шейки левого бедра. Предварительным диагнозом у пациента по TNM является**

- 2 месяца в течение 1 года, каждые 5 месяцев в течение 2- и 3-го года
- полгода в течение 1 года, каждые 8 месяцев в течение 2- и 3-го года
- 3 месяца в течение 2 лет, каждые 8 месяцев в течение 3 года
- 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2- и 3-го года

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 47 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

## **Жалобы**

на слабость в левых конечностях, умеренно выраженные головные боли.

## **Анамнез заболевания**

В 2009 году диагностирован рак яичников T1cNxM0. + Проведено лечение: хирургическое, экстирпация матки с придатками. Гистологический диагноз: серозная папиллярная цистаденокарцинома. В послеоперационном периоде проведено 6 курсов химиотерапии по схеме: карбоплатин+циклофосфан. С положительным эффектом. В 2012 году: прогрессирование: рецидив в области первичного очага. + Проведено лечение: 6 курсов химиотерапии по схеме: карбоплатин+циклофосфан. Далее пациентка не обследовалась. В августе 2013 года стала отмечать слабость в левых конечностях, приступ потери сознания (однократно). После консультации невролога в поликлинике по месту жительства было выполнено КТ исследование головного мозга, при котором выявлено объемное образование в правой лобно-теменной области. Больная направлена в поликлинику онкологического центра.

## **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания: хронический гастрит. \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей нет \* аллергические реакции на медикаменты отрицает \* опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез неотягощен.

## **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 60 кг, рост 165 см. Температура тела 36,4°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Данные осмотра молочных желез: без патологических особенностей. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 65/мин, АД 125/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный.

Неврологический статус: Сознание ясное. Движение глаз: нарушений нет. Конвергенция не нарушена. Аккомодация содружественная справа, содружественная слева. Снижение чувствительности на лице нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет. Нарушений чувствительности нет. Суставно-мышечное чувство сохранено. Двигательные функции: левосторонний гемипарез силой 4 балла. Мышечный тонус не изменен. Мозжечковые функции не нарушены. Сухожильные и периостальные рефлексy не изменены, равномерны. Менингеальные симптомы отрицательные.

**Необходимым для постановки диагноза инструментальным методом обследования является**

- 2 месяца в течение 1 года, каждые 5 месяцев в течение 2- и 3-го года
- полгода в течение 1 года, каждые 8 месяцев в течение 2- и 3-го года

- 3 месяца в течение 2 лет, каждые 8 месяцев в течение 3 года
- 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2- и 3-го года

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Необходимыми для оценки распространенности процесса методами обследования являются**

- 2 месяца в течение 1 года, каждые 5 месяцев в течение 2- и 3-го года
- полгода в течение 1 года, каждые 8 месяцев в течение 2- и 3-го года
- 3 месяца в течение 2 лет, каждые 8 месяцев в течение 3 года
- 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2- и 3-го года

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Данной больной на основании анамнеза и проведенного обследования можно поставить следующий диагноз**

- 2 месяца в течение 1 года, каждые 5 месяцев в течение 2- и 3-го года
- полгода в течение 1 года, каждые 8 месяцев в течение 2- и 3-го года
- 3 месяца в течение 2 лет, каждые 8 месяцев в течение 3 года
- 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев в течение 2- и 3-го года

**Для верификации диагноза необходимо провести**

- морфологическое исследование
- ПЭТ/КТ головы с [18F]-фтордезоксиглюкозой (18F-ФДГ)
- стереотаксическую биопсию опухоли
- анализ крови на Ca 15-3

**На первом этапе лечения рекомендовано**

- проведение лучевой терапии на весь объем головного мозга
- проведение химиотерапии
- хирургическое удаление рецидивной опухоли в области малого таза
- микрохирургическое удаление церебрального метастаза

**Пациентке рекомендовано проведение химиотерапии по схеме**

- винорелбин 25–30 мг/м<sup>2</sup> в/в (или 60–80 мг/м<sup>2</sup> внутрь) в 1-й, 8-й, 15-й день каждые 4 недели или 25–30 мг/м<sup>2</sup> в/в (или 60–80 мг/м<sup>2</sup> внутрь) в 1-й и 8-й день каждые 3 недели
- пеметрексед 500 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день каждые 3 недели на фоне стандартной пре- и постмедикации
- гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й и 8-й дни {plus} карбоплатин AUC-5 в/в в 1-й день каждые 3 недели
- паклитаксел -175 мг/м<sup>2</sup> {plus} Карбоплатин AUC=5 внутривенно в 1-й день, курсы химиотерапии 1 раз в 3 недели

### **Оценка эффекта лекарственного лечения проводится**

- один раз в 6 месяцев
- каждые 2–3 месяца
- после каждого курса химиотерапии
- один раз в 12 месяцев

### **Методом лечения при прогрессировании процесса в головном мозге (увеличение размеров церебрального метастаза) является**

- хирургический
- проведение еще 2-х курсов химиотерапии по прежней схеме с последующей оценкой эффекта
- лучевая терапия на весь объем головного мозга
- локальная лучевая терапия (радиохирургия/радиотерапия)

### **После проведения хирургического лечения (удаления метастаза) на следующем этапе лечения следует рекомендовать**

- кортикостероидную терапию
- лучевую терапию на весь объем головного мозга
- лучевую терапию
- стереотаксическую радиохирургию

### **После проведенного лечения, в качестве комплексного обследования рекомендовано провести**

- КТ головного мозга без контрастного усиления, ЭЭГ, ПЭТ/КТ всего тела, МР-диффузия всего тела, УЗИ органов забрюшинного пространства
- КТ головного мозга с контрастным усилением, МРТ опорно-двигательного аппарата с контрастированием, перфузионную МСКТ головного мозга, колоноскопию
- МРТ головного мозга с контрастным усилением, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, комплексное УЗИ, анализ крови на Ca125
- МРТ головного мозга без контрастного усиления, ЭГДС

### **Для контроля тошноты и рвоты, возникающих на фоне химиотерапии, рекомендуется применение**

- антагонистов 5-HT<sub>3</sub> рецепторов
- S-аденозилметионина в дозе 800 мг в сутки парентерально в течение 2 недель
- S-аденозилметионина с препаратами урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) в дозе 15–20 мг/кг массы тела в 2–3 приёма
- антагонистов рецепторов ангиотензина 2

## **Целью консультации офтальмолога у пациентов с метастатическим поражением головного мозга является**

- антагонистов 5-НТЗ рецепторов
- S-аденозилметионина в дозе 800 мг в сутки парентерально в течение 2 недель
- S-аденозилметионина с препаратами урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) в дозе 15–20 мг/кг массы тела в 2–3 приёма
- антагонистов рецепторов ангиотензина 2

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 60 лет обратился на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

### **Жалобы**

на умеренно выраженные головные боли, слабость в левых конечностях, головокружение, снижение остроты зрения.

### **Анамнез заболевания**

В 2015 году установлен диагноз: Центральный рак верхней доли левого легкого T3N0M0. Проведено лечение: 08.07.2015 г. пневмонэктомия слева.

Гистологическое заключение: плоскоклеточный рак со слабой тенденцией к ороговению. Далее пациент проходил ежегодное обследование, отмечалась ремиссия заболевания. В ноябре 2018 года появились жалобы на слабость в левых конечностях. Далее присоединились жалобы на головокружение, снижение остроты зрения. Консультирован неврологом в поликлинике по месту жительства, рекомендовано и выполнено КТ исследование головного мозга, при котором выявлено образование в левой теменной доле головного мозга 2.5 см в диаметре с зоной перифокальной отечности. Пациент направлен в поликлинику онкологического центра.

### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания: Гипертоническая болезнь. \* курит в течение 40 лет, алкоголем не злоупотребляет. \* профессиональных вредностей нет. \* аллергические реакции на медикаменты отрицает. \* опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен.

### **Объективный статус**

Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 80 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: жалобы на одышку при физической нагрузке. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 70/мин, АД 1130/85 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание

самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. \_Неврологический статус\_: в сознании, ориентирован. Общемозговая симптоматика в виде умеренно выраженной головной боли. Зрачки ОД=ОС, средней величины, фотореакции живые. Двигательная сфера: левосторонний гемипарез 2,5 балла в руке, 4 балла в ноге. Суставно-мышечное чувство сохранено. Поверхностные и глубокие виды чувствительности не нарушены. Координаторные пробы выполняет с промахиванием справа (правосторонняя гемиатаксия). Менингеальные симптомы отрицательные.

**Выберите необходимый для постановки диагноза инструментальный метод обследования**

- антагонистов 5-HT<sub>3</sub> рецепторов
- S-аденозилметионина в дозе 800 мг в сутки парентерально в течение 2 недель
- S-аденозилметионина с препаратами урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) в дозе 15–20 мг/кг массы тела в 2–3 приёма
- антагонистов рецепторов ангиотензина 2

**Результаты инструментального метода обследования**

**Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования**

- антагонистов 5-HT<sub>3</sub> рецепторов
- S-аденозилметионина в дозе 800 мг в сутки парентерально в течение 2 недель
- S-аденозилметионина с препаратами урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) в дозе 15–20 мг/кг массы тела в 2–3 приёма
- антагонистов рецепторов ангиотензина 2

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Диагноз, который можно поставить больному на основании анамнеза и проведенного обследования**

- антагонистов 5-HT<sub>3</sub> рецепторов
- S-аденозилметионина в дозе 800 мг в сутки парентерально в течение 2 недель
- S-аденозилметионина с препаратами урсодезоксихолевой кислоты (УДХК) в дозе 15–20 мг/кг массы тела в 2–3 приёма
- антагонистов рецепторов ангиотензина 2

**Для верификации диагноза необходимо провести**

- анализ крови на Cyfra 21-1
- анализ крови на РЭА



- анализ крови на Ca125
- морфологическое исследование

### **Выбор тактики лечения пациента определяется на основании**

- анамнеза заболевания пациента
- неврологического дефицита
- КТ органов грудной клетки и головного мозга
- консультаций окулиста, невролога

### **На 1-м этапе пациенту следует рекомендовать**

- стереотаксическую радиотерапию на область церебрального метастаза
- противоопухолевую лекарственную терапию
- стереотаксическую радиохирургию на область церебрального метастаза
- хирургическое лечение

### **Следующим этапом лечения пациента будет**

- таргетная терапия
- химиотерапия
- стереотаксическая радиохирургия
- лучевая терапия

### **Для выбора режима противоопухолевой лекарственной терапии необходимо проведение**

- молекулярно-генетического исследования опухоли
- анализа крови на РЭА
- цитологического исследования опухоли
- биохимического анализа крови

### **Для пациентов с мутациями гена EGFR в качестве терапии I линии следует рассматривать**

- химиотерапию по схеме: Паклитаксел-175 мг/м<sup>2</sup> (300 мг) {plus} Карбоплатин AUC=5 (450 мг) внутривенно в 1-й день, курсы химиотерапии 1 раз в 3 недели
- таргетную терапию: Бевацизумаб 5–10 мг/кг в/в в каждые 2 недели
- таргетную терапию ингибиторами тирозинкиназы; Афатиниб по 30 +--+ 40 мг/сут. внутрь ежедневно до прогрессирования или непереносимой токсичности
- комбинированную иммунотерапию (анти-PD1 {plus} анти-CTLA-4): Ниволумаб 1 мг/кг в/в капельно {plus} Ипилимумаб 3 мг/кг в/в капельно 1 раз в 3 недели (суммарно 4 введения), затем Ниволумаб 3 мг/кг (но не более 240 мг) в/в капельно 1 раз в 2 недели, длительно

**При транслокации ALK/ROS1 оптимальным режимом I первой линии является**

- Пеметрексед 500 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день {plus} Карбоплатин AUC-5 в/в в 1-й день каждые 3 недели
- Эрлотиниб по 150 мг/сут. внутрь ежедневно до прогрессирования или непереносимой токсичности
- Gefitinib по 250 мг/сут. внутрь ежедневно до прогрессирования или непереносимой токсичности
- таргетная терапия Кризотинибом

**Наиболее частыми побочными эффектами характерными для ингибиторов тирозинкиназы EGFR являются**

- диарея, кожная сыпь, тошнота и снижение аппетита
- гематологическая токсичность, нейротоксичность
- нефротоксичность, гемолитикоуремический синдром, электролитные нарушения
- астения, артериальная гипертензия, ЛПС, гипотиреоз, нейтропения

**Всем пациентам, получающим терапию ингибиторами EGFR, рекомендуется**

- диарея, кожная сыпь, тошнота и снижение аппетита
- гематологическая токсичность, нейротоксичность
- нефротоксичность, гемолитикоуремический синдром, электролитные нарушения
- астения, артериальная гипертензия, ЛПС, гипотиреоз, нейтропения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 53 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

### **Жалобы**

на умеренно выраженные головные боли, речевые нарушения, общую слабость.

### **Анамнез заболевания**

В 2012 году диагностирован рак сигмовидной кишки T4N2M0. + Проведено лечение: 10.07.2012 г хирургическое: резекция сигмовидной кишки.

Гистологическое заключение: умеренно-дифференцированная аденокарцинома.

В послеоперационном периоде проведено 8 курсов ПХТ по схеме XELOX:

Оксалиплатин + Капецитабин с 1-14 дни. В августе 2016 года при КТ органов грудной клетки был выявлен метастаз в нижней доле левого легкого. 27.08.2016 г выполнена операция в объеме нижняя лобэктомия слева. В

послеоперационном периоде проведено 3 курса ПХТ (КАМПТО). В декабре 2018 года появились жалобы на головную боль, речевые нарушения, общую

слабость. После консультации невролога в поликлинике по месту жительства было выполнено КТ исследование головного мозга, при котором выявлено образование в правой височной доле головного мозга. Пациент направлен в онкологический центр для дальнейшего лечения.

### **Анамнез жизни**

\* хронические заболевания: хронический панкреатит \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей нет \* аллергические реакции на медикаменты отрицает \* опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез не отягощен

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 81 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор снижен. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 75/мин, АД 126/80 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. \_Неврологический статус\_: Сознание ясное. Ориентирован в пространстве, времени и собственной личности. Умеренно выраженные головные боли. Элементы моторной афазии. Движение глаз: нарушений нет. Конвергенция не нарушена. Аккомодация содружественная справа, содружественная слева. Снижение чувствительности на лице нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет. Нарушений чувствительности нет. Суставно-мышечное чувство сохранено. Двигательные функции не нарушены. Мышечный тонус не изменен. Мозжечковые функции не нарушены. Сухожильные и периостальные рефлексы не изменены, равномерны. Менингеальные симптомы отрицательные. **Выберите необходимый для постановки диагноза инструментальный метод обследования**

- диарея, кожная сыпь, тошнота и снижение аппетита
- гематологическая токсичность, нейротоксичность
- нефротоксичность, гемолитикоуремический синдром, электролитные нарушения
- астения, артериальная гипертензия, ЛПС, гипотиреоз, нейтропения

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные и лабораторные методы исследования**

- диарея, кожная сыпь, тошнота и снижение аппетита
- гематологическая токсичность, нейротоксичность

- нефротоксичность, гемолитикоуремический синдром, электролитные нарушения
- астения, артериальная гипертензия, ЛПС, гипотиреоз, нейтропения

### **Результаты обследования**

#### **Диагноз, который можно поставить больному на основании анамнеза и проведенного обследования**

- диарея, кожная сыпь, тошнота и снижение аппетита
- гематологическая токсичность, нейротоксичность
- нефротоксичность, гемолитикоуремический синдром, электролитные нарушения
- астения, артериальная гипертензия, ЛПС, гипотиреоз, нейтропения

#### **Для верификации диагноза необходимо провести**

- морфологическое исследование
- ПЭТ/КТ головы с [18F]-фтордезоксиглюкозой (18F-ФДГ)
- анализ крови на SCC
- стереотаксическую биопсию опухоли

#### **Выбор тактики лечения пациента определяется на основании**

- неврологического дефицита
- консультации радиолога
- электроэнцефалограммы
- КТ головного мозга с контрастным усилением

#### **На 1-м этапе пациенту показано + \_\_\_\_\_ + лечение**

- хирургическое
- лекарственное (противоопухолевое)
- лекарственное (дегидратационная терапия)
- лучевое (стереотаксическая радиохирургия)

#### **Следующим этапом лечения пациента будет**

- гормонотерапия
- лучевая терапия
- иммунотерапия
- таргетная терапия

#### **К рекомендуемым режимам лекарственной терапии метастатического колоректального рака относится**

- гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й и 8-й дни {pkus} Карбоплатин AUC-5 в/в в 1-й день каждые 3 недели

- этопозид 100 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1–3-й дни {pkus} Карбоплатин АUC-5 в/в в 1-й день каждые 3 недели
- капецитабин - 2500 мг/м<sup>2</sup>/сутки внутрь в 1–14-й дни
- паклитаксел 80 мг/м<sup>2</sup> в/в еженедельно, 12 введений

#### **Оценка эффекта лекарственного лечения проводится**

- один раз в 6 месяцев
- каждые 2–3 месяца
- после каждого курса химиотерапии
- один раз в 9 месяцев

#### **После проведенного лечения в качестве комплексного обследования рекомендовано провести**

- КТ головного мозга с контрастным усилением, МРТ опорно-двигательного аппарата с контрастированием, перфузионную МСКТ головного мозга, ЭГДС, МР-диффузию всего тела
- КТ головного мозга без контрастного усиления, ЭЭГ, МРТ органов малого таза, МР-диффузию всего тела, УЗИ органов брюшинного пространства
- КТ головного мозга с контрастным усилением, ПЭТ/КТ всего тела с ФДГ, консультацию окулиста, консультацию невролога, ЭКГ
- МРТ головного мозга с контрастным усилением, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, комплексное УЗИ

#### **К осложнениям, возникающим при приеме капецитабина относят**

- лихорадку, периферические отеки, ухудшение общей мышечной силы и тонуса (включая слабость, астению); нечасто - ухудшение общего самочувствия (включая недомогание)
- ладонно-подошвенный синдром, диарею, тошноту, рвоту, стоматит
- повышение активности печеночных трансаминаз; нечасто - повышение концентрации билирубина, повышение активности ЩФ, повышение активности ЛДГ, редко - повышение концентрации конъюгированного билирубина (при сопутствующем повышении активности АЛТ или без него)
- ортостатическую гипотензию, брадикардию, нарушение АВ-проводимости, появление симптомов сердечной недостаточности

#### **Химиопрепараты вызывают ладонно-подошвенный синдром за счет**

- лихорадку, периферические отеки, ухудшение общей мышечной силы и тонуса (включая слабость, астению); нечасто - ухудшение общего самочувствия (включая недомогание)
- ладонно-подошвенный синдром, диарею, тошноту, рвоту, стоматит

- повышение активности печеночных трансаминаз; нечасто - повышение концентрации билирубина, повышение активности ЩФ, повышение активности ЛДГ, редко - повышение концентрации конъюгированного билирубина (при сопутствующем повышении активности АЛТ или без него)
- ортостатическую гипотензию, брадикардию, нарушение АВ-проводимости, появление симптомов сердечной недостаточности

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациентка 75 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра.

### Жалобы

на умеренно выраженные головные боли, головокружение, слабость в правых конечностях, судорожные приступы

### Анамнез заболевания

Со слов больной, 13.06.2015 г утром, находясь на даче, почувствовала головокружение, слабость в правых конечностях, подергивание 1 пальца правой руки на фоне АД-170/100 мм рт.ст. Бригадой БСМП была госпитализирована в ГКБ № 81 г. Москвы с подозрением на ОНМК. При проведении КТ головного мозга выявлено объемное образование в левой теменной доле головного мозга. В стационаре пациентке проводилась симптоматическая терапия с незначительным эффектом. Выписана из больницы с рекомендацией консультации в профильном учреждении. Пациентка направлена на консультацию в онкологический центр.

### Анамнез жизни

\* хронические заболевания: ИБС, стенокардия напряжения. Гипертоническая болезнь с повышением АД до 160-180/80 мм рт.ст. Атеросклероз БЦА. Многоузловой зоб. Эутиреоз. ХОБЛ. Хронический бронхит. Варикозное расширение вен нижних конечностей. Подострый варикотромбофлебит притока МПВ слева. Глаукома. \* перенесенные операции: геморроидэктомия в 1990 году. Грыжесечение (пупочная грыжа) в 1998 году. Травмы: травма плечевой кости справа в 2013 году. \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей нет \* аллергические реакции на медикаменты отрицает \* опухолевые заболевания в семье: отец и 2 брата страдали раком желудка.

### Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 3. Вес 65 кг, рост 170 см. Температура тела 36,3°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор снижен. Мышечная система: боли, атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет.

Периферические лимфатические узлы не увеличены. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 76/мин, АД 135/90 мм рт.ст. Живот при

пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный. \_Неврологический статус\_: Сознание ясное. Умеренно выраженные головные боли (общемозговая симптоматика). Правша. Движение глаз: нарушений нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Нарушения мимики нет. Симптомов орального автоматизма нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет. Пирамидная симптоматика: правосторонний гемипарез силой 3,5-4 балла. Поверхностная и глубокая чувствительность не нарушены. Мышечный тонус не изменен. Пароксизмальная симптоматика. Менингеальный синдром отрицательный.

**Выберите необходимый для постановки диагноза инструментальный метод обследования**

- лихорадку, периферические отеки, ухудшение общей мышечной силы и тонуса (включая слабость, астению); нечасто - ухудшение общего самочувствия (включая недомогание)
- ладонно-подошвенный синдром, диарею, тошноту, рвоту, стоматит
- повышение активности печеночных трансаминаз; нечасто - повышение концентрации билирубина, повышение активности ЩФ, повышение активности ЛДГ, редко - повышение концентрации конъюгированного билирубина (при сопутствующем повышении активности АЛТ или без него)
- ортостатическую гипотензию, брадикардию, нарушение АВ-проводимости, появление симптомов сердечной недостаточности

**Результаты инструментального метода обследования**

**Диагноз, который можно поставить данному больному на основании анамнеза заболевания и проведенного обследования**

- лихорадку, периферические отеки, ухудшение общей мышечной силы и тонуса (включая слабость, астению); нечасто - ухудшение общего самочувствия (включая недомогание)
- ладонно-подошвенный синдром, диарею, тошноту, рвоту, стоматит
- повышение активности печеночных трансаминаз; нечасто - повышение концентрации билирубина, повышение активности ЩФ, повышение активности ЛДГ, редко - повышение концентрации конъюгированного билирубина (при сопутствующем повышении активности АЛТ или без него)
- ортостатическую гипотензию, брадикардию, нарушение АВ-проводимости, появление симптомов сердечной недостаточности

**Для верификации диагноза необходимо провести**

- церебральную ангиографию

- цитологическое исследование опухоли
- МР-диффузию всего тела
- морфологическое исследование

#### **Выбором тактики лечения пациентки будет**

- стереотаксическая радиохирургия на область опухоли
- хирургическое лечение
- стереотаксическая биопсия опухоли
- лучевая терапия на весь объем головного мозга

#### **На втором этапе лечения пациентки будет проведена терапия**

- лучевая на ложе удаленной опухоли
- антиконвульсантная (карбамазепин 200 мг 4 раза в сутки, внутрь в течение 6 месяцев)
- лучевая на весь объем головного мозга (СОД 37,5Гр.)
- таргетная (Авастин (Бевацизумаб)-5 мг/кг внутривенно 1 раз в 2 недели в течение 6 месяцев)

#### **На 3-м этапе пациентке следует рекомендовать химиотерапию по схеме**

- гемцитабин – 800 мг/м<sup>2</sup> (1400 мг в сутки) в 1 и 8 дни, в/в {plus} Цисплатин-75 мг/м<sup>2</sup> (130 мг в сутки) в 1 день, внутривенно в 1-й день, курсы химиотерапии 1 раз в 3 недели
- топотекан 4 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й, 8-й и 15-й дни, каждые 4 недели, до 6 курсов
- паклитаксел-175 мг/м<sup>2</sup> (300 мг) {plus} Карбоплатин AUC=5 (450 мг) внутривенно в 1-й день, курсы химиотерапии 1 раз в 3 недели
- темозоломид (Темодал) – 150-200 мг/м<sup>2</sup>/сутки внутрь 1-5 дни, каждые 28 дней (первый курс – 150 мг/м<sup>2</sup>/сутки (300 мг/сутки) внутрь 1-5 дни, интервал – 23 дня

#### **Оценкой эффекта лекарственного лечения будет проведение контрольной МРТ**

- 2 раза в год в течение 5 лет
- 1 раз в год в течение 3 лет
- каждые 2-3 месяца в течение 2-3 лет
- 1 раз в год в течение 5 лет

#### **Методом лечения при прогрессировании заболевания является**

- противосудорожная терапия (Кеппра по 1000 мг 2 раза в сутки, внутрь, 6 месяцев)
- назначение глюкокортикостероидов (дексаметазон 4 мг 3 раза в сутки, внутримышечно в течение 2 месяцев)



- динамическое наблюдение в течение 1 месяца с последующим проведение повторного МРТ исследования головного мозга с контрастным усилением
- 2-я линия химиотерапии

**Методом обследования при прогрессировании процесса в головном мозге (продолженный рост опухоли) является**

- КТ головного мозга без и с контрастным усилением
- перфузионная МСКТ головного мозга
- ЭЭГ (электроэнцефалограмма)
- ПЭТ/КТ головного мозга с метионином

**Стереотаксическая биопсия опухоли проводится в случае**

- мультифокального поражения, диффузного характера роста опухоли, двухсторонней локализации с вовлечением мозолистого тела, поражения срединных структур
- подозрения на опухолевое поражение головного мозга для определения тактики лечения пациентов
- невозможности проведения блокового удаления опухоли
- метастатического поражения ЦНС, так как при первичных опухолях головного мозга рекомендовано субтотальное или тотальное удаление опухоли

**Дифференциальный диагноз следует проводить с**

- метастатическим поражением головного мозга
- глиосаркомой
- анапластической астроцитомой
- диффузной астроцитомой

**К клиническим признакам и симптомам заболевания относят**

- метастатическим поражением головного мозга
- глиосаркомой
- анапластической астроцитомой
- диффузной астроцитомой

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 40 лет обратился на консультацию к онкологу

### **Жалобы**

На пигментное образование на коже щеки слева

### **Анамнез заболевания**

Длительное время отмечал пигментное образование на коже левой щеки, в

последнее время отметил, что пигментное образование стало изменяться в окраске появились оттенки темно-коричневого цвета, края стали неровные, нечеткие. Самостоятельно обратился на консультацию к онкологу. При УЗИ мягких тканей левой щеки в проекции видимого образования, толщиной до 1 мм, достоверных эхографических признаков наличия инвазивного роста не выявлено.

### **Анамнез жизни**

Наследственное предрасположение к злокачественным опухолям (семейное, органное): не было Другие наследственные и конституционные болезни в семье (душевные, нервные, болезни обмена, сердца и сосудов, алкоголизм): отрицает + Период роста, неправильности и задержки развития: рос и развивался соответственно возрасту + Перенесенные заболевания (сифилис, туберкулез, острые и хронические инфекции, сердечно-сосудистые болезни, идиосинкразии): язвенная болезнь желудка, вне обострения. + Вредные привычки (алкоголь, курение): отрицает + Чувствительность к медикаментам (антибиотики, новокаин и т.д.): алергоанамнез не отягощен + Переливание крови (трансузионные реакции и осложнения): отрицает + Условия жизни и труда: + Характер работы, профессиональные вредности: отрицает + Условия питания (регулярность, характер пищи, питание домашнее, в столовой): удовлетворительные + Жилищные условия и отдых: удовлетворительные.

### **Объективный статус**

Телосложение: нормостеническое. + Рост 160 см. Вес (при поступлении) 65 кг. + Общее состояние больного: удовлетворительное + Локализация опухолевого процесса (осмотр, пальпация, перкуссия): Конфигурация головы и шеи не нарушена. При осмотре левой щеки на коже определяется образование размерами 10х5 мм; неправильной формы; окрашена неравномерно от коричневого – до темно-коричневого цвета; края неровные, нечеткие; поверхность гладкая. Регионарные лимфатические узлы не увеличены при пальпации. + Лимфатическая система (локализация, количество лимфоузлов, величина, форма, консистенция, подвижность): Доступные пальпации периферические группы лимфатических узлов не изменены. + Кожные покровы и видимые слизистые: Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые. Тургор кожи сохранен. + Опорно-двигательный аппарат: Деформаций нет. Активные и пассивные движения в суставах в полном объеме. + Органы дыхания: дыхание через нос и рот свободное. ЧДД - 17 в мин. Грудная клетка конической формы, симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненная. Перкуторно - легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Органы кровообращения: Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок определяется в 5-ом межреберье на 1,0 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный АД - 110/80 мм.рт.ст., Ps - 68 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Пульсация на периферических артериях сохранена. Отёков, трофических нарушений нет. Органы пищеварения: Язык влажный, чистый. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Послеоперационный рубец без признаков

воспаления. Печень у края реберной дуги, не увеличена. Per rectum : в перианальной области видны спавшиеся геморроидальные узлы, без признаков воспаления. Сфинктер тоничен, слизистая кишки гладкая, подвижная. На высоте пальца без органической патологии. + Селезенка: Перкуторно границы не расширены, не пальпируется, пальпация в левом подреберье безболезненная. + Мочеполовая система: почки (прощупываемость, болезненность): Почки не пальпируются. Симптом "поколачивания" - отрицательный с обеих сторон. Пальпация в области мочевого пузыря безболезненная. Позывы к мочеиспусканию отсутствуют, мочится по часам (каждые 2 часа) в достаточном объеме. + Наружные и внутренние половые органы: развиты по мужскому типу, без особенностей. Нервная система и психика больного: в сознании, контактна, адекватна. Без грубой неврологической и менингеальной симптоматики. **Обязательными методами обследования являются физикальный осмотр, рентгенография органов грудной клетки и**

- метастатическим поражением головного мозга
- глиосаркомой
- анапластической астроцитомой
- диффузной астроцитомой

### **Результаты обследования**

**Для установки окончательного диагноза необходимо выполнить**

- метастатическим поражением головного мозга
- глиосаркомой
- анапластической астроцитомой
- диффузной астроцитомой

### **Результат обследования**

**Предварительный диагноз: Меланома кожи левой щеки**

- метастатическим поражением головного мозга
- глиосаркомой
- анапластической астроцитомой
- диффузной астроцитомой

**Основным методом лечения является**

- терапия радиоактивным йодом
- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение
- химиотерапия

**Дальнейшей тактикой лечения является**

- назначение лекарственной терапии

- динамическое наблюдение
- лимфаденэктомия на шее слева
- биопсия сторожевого лимфатического узла

**При хирургическом удалении меланомы *in situ* минимальным отступом от краев опухоли является + \_\_\_\_\_ + см**

- 1,5
- 1,0
- более 2
- 0,5

**Промежуточной степенью риска при меланоме является + \_\_\_\_ + стадия**

- IV
- IIIС
- IA
- IIb

**При наличии метастазов в лимфатических узлах рекомендовано**

- выполнить биопсию лимфатического узла
- выполнить лимфаденэктомию
- динамическое наблюдение
- назначить химиотерапию

**При наличии в опухоли мутации в гене BRAF V600 назначают**

- кобиметиниб /траметиниб
- ниволумаб
- цетуксимаб
- вемурафениб/добрафениб

**Опухолевые клетки при пятом уровне инвазии меланомы по Кларку располагаются в**

- сосочковом слое дермы
- сетчатом слое дермы
- базальном слое
- подкожно-жировой клетчатке

**Показанием для выполнения биопсии сторожевого лимфатического узла является глубина инвазии + \_\_\_\_\_ + мм**

- до 0,75
- до 1
- более 1
- 0,75

## **Сторожевым лимфатическим узлом является**

- до 0,75
- до 1
- более 1
- 0,75

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Девушка 25 лет после консультации эндокринолога обратилась к онкологу.

### **Жалобы**

Слабость, выпадение волос

### **Анамнез заболевания**

В течение месяца отмечает слабость, усиленное выпадение волос. Обратилась в поликлинику к эндокринологу, было рекомендовано обратиться на консультацию к онкологу. При УЗИ шеи: Щитовидная железа расположена типично, подвижна при глотании. Контур ровный четкий. Правая доля не увеличена (размерами 16x17x42 мм). Структура правой доли однородная несколько гиперэхогенная. Перешеек до 2,5 мм. Левая доля однородной гомогенной несколько гиперэхогенной структуры размерами 14x17x36 мм, на этом фоне визуализируется суспензионное узловое образование с неровными нечеткими контурами гипоэхогенной гетерогенной структуры, контрастирующееся по ЦДК. Размер образования 9x9 мм. По ходу сосудов шеи с обеих сторон определяются единичные гиперплазированные л/у - без очаговой патологии.

### **Анамнез жизни**

\* Наследственное предрасположение к злокачественным опухолям (семейное, органное): мать – рак щитовидной железы \* Другие наследственные и конституционные болезни в семье (душевные, нервные, болезни обмена, сердца и сосудов, алкоголизм): отрицает \* Период роста, неправильности и задержки развития: росла и развивалась соответственно возрасту \* Половая жизнь (половая зрелость, появление вторичных половых признаков, менструации, начало половой жизни, беременности, роды, аборты) Менархе с 13 лет, установились сразу, по 4-5 дня, через 28 дней, умеренной обильности, безболезненные. Б - 0, Р - 0, В - 0, А - 0. Гинекологические заб.: отрицает \* Перенесенные заболевания (сифилис, туберкулез, острые и хронические инфекции, сердечно-сосудистые болезни, идиосинкразии): аппендэктомия – 2010г, Хронический гастрит, вне обострения. \* Вредные привычки (алкоголь, курение): отрицает \* Чувствительность к медикаментам (антибиотики, новокаин и т.д.): алергоанамнез не отягощен \* Переливание крови (трансфузионные реакции и осложнения): отрицает Условия жизни и труда: \* Характер работы, профессиональные вредности: отрицает \* Условия питания (регулярность, характер пищи, питание домашнее, в столовой): удовлетворительные \* Жилищные условия и отдых: удовлетворительные.

## **Объективный статус**

**\*Телосложение\*:** нормостеническое. Рост - 172 см. Вес (при поступлении) - 68 кг. + **\*Общее состояние больного\*:** удовлетворительное + **Локализация опухолевого процесса (осмотр, пальпация, перкуссия):** Конфигурация головы и шеи не изменена. Щитовидная железа не увеличена. Подвижна при глотании. При пальпации правой доли отмечает мягко-эластическое узловое образование, размерами до 1 см. Регионарные лимфатические узлы не увеличены. Голос звонкий. Дыхание свободное. Лимфатическая система (локализация, количество лимфоузлов, величина, форма, консистенция, подвижность): Доступные пальпации периферические группы лимфатических узлов не изменены. Кожные покровы и видимые слизистые: Кожные покровы и видимые слизистые розовые, чистые. + **Тургор кожи** сохранен. **\*Опорно-двигательный аппарат\*:** Деформаций нет. Активные и пассивные движения в суставах в полном объеме. **\*Органы дыхания\*:** дыхание через нос и рот свободное. ЧДД - 17 в мин. Грудная клетка конической формы, симметрично участвует в акте дыхания, при пальпации безболезненная. Перкуторно - легочный звук. Аускультативно дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. + **\*Молочные железы\*:** без узловых образований, выделений из сосков нет. + **\*Органы кровообращения\*:** Область сердца визуально не изменена. Верхушечный толчок определяется в 5-ом межреберье на 1,0 см кнаружи от левой среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца ясные, ритм правильный АД - 110/80 мм.рт.ст., Ps - 68 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. Пульсация на периферических артериях сохранена. Отёков, трофических нарушений нет. **\*Органы пищеварения\*:** Язык влажный, чистый. Живот симметричный, участвует в акте дыхания. При пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Послеоперационный рубец без признаков воспаления. Печень у края реберной дуги, не увеличена. + **\*Per rectum\*:** в перианальной области видны спавшиеся геморроидальные узлы, без признаков воспаления. Сфинктер тоничен, слизистая кишки гладкая, подвижная. На высоте пальца без органической патологии. Селезенка: Перкуторно границы не расширены, не пальпируется, пальпация в левом подреберье безболезненная. **\*Мочеполовая система\*:** почки (прощупываемость, болезненность): Почки не пальпируются. Симптом "поколачивания" - отрицательный с обеих сторон. Пальпация в области мочевого пузыря безболезненная. Позывы к мочеиспусканию отсутствуют, мочится по часам (каждые 2 часа) в достаточном объеме. **\*Наружные и внутренние половые органы\*:** развиты по женскому типу, без особенностей. **\*Нервная система и психика больного\*:** в сознании, контактна, адекватна. Без грубой неврологической и менингеальной симптоматики.

**Учитывая анамнез и клинические данные, рекомендовано выполнить**

- до 0,75
- до 1
- более 1
- 0,75

## **Результаты обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- до 0,75
- до 1
- более 1
- 0,75

## **Результаты инструментальных методов обследования**

**На основании имеющихся клинических, лабораторных и инструментальных данных пациенту можно поставить диагноз**

- до 0,75
- до 1
- более 1
- 0,75

## **Основным методом лечения является**

- хирургическое лечение
- терапия радиоактивным йодом
- химиотерапия
- динамическое наблюдение

## **Хирургическое лечение необходимо выполнить в объеме**

- гемитиреоидэктомии
- резекции левой доли щитовидной железы
- тиреоидэктомии
- тиреоидэктомии с центральной лимфаденэктомии на шее

**Необходимыми обследованиями после проведённого лечения при раке щитовидной железы являются врачебный осмотр, анализ ТТГ, тиреоглобулин {plus} антитиреоглобулин через 6 и 12 мес, затем + \_\_\_\_\_ + раз/раза в год при отсутствии рецидива**

- 1
- 5
- 3
- 2

## **Медуллярный рак щитовидной железы образуется из клеток**

- В
- А

- С
- D

**Наиболее часто встречаемой формой рака щитовидной железы является**

- фолликулярный
- медулярный
- папиллярный
- анапластический

**Наиболее высокочувствительным методом динамического наблюдения в послеоперационном периоде при раке щитовидной железы является контроль уровня**

- ТГ
- АТ-ТПО
- ТТГ
- Т3,Т4

**Повторную операцию на щитовидной железе не выполняют при**

- опухолевых клетках в краях резекции
- метастазах в регионарные ЛУ
- узловом образование диаметром менее 4 см
- первичном-множественном поражении

**При папиллярном раке щитовидной железы с III стадией T3N1aM0 рекомендовано провести**

- химиотерапию
- хирургическое лечение
- хирургическое лечение с последующим проведением радиоактивного йода
- терапию радиоактивным йодом

**Специфическим операционным осложнением после тиреоидэктомии является**

- химиотерапию
- хирургическое лечение
- хирургическое лечение с последующим проведением радиоактивного йода
- терапию радиоактивным йодом

**Условие ситуационной задачи**



## **Ситуация**

Женщина 62 лет обратилась на прием к нейроонкологу в поликлинику онкологического центра

## **Жалобы**

на общую слабость, быструю утомляемость, расстройство памяти, головные боли в утренние часы, слабо купирующиеся анальгетиками.

## **Анамнез заболевания**

В 2017 году диагностирован рак тела матки T3cN1M0, III стадия. \*Проведено лечение:\* 02.03.2017 г. хирургическое лечение: экстирпация матки с придатками, субтотальная резекция большого сальника. Гистологическое заключение: в теле матки рост серозной карциномы, врастающей в миометрий более чем на половину его толщи и прорастающей в строуму шейки матки с наличием ангиолимфатической инвазии. Четыре лимфоузла с метастазами серозной карциномы. Заключение: серозная карцинома тела матки с прорастанием в строуму шейки матки, метастазы в лимфоузлы параметрия. С 28.04.2017 г по 09.06.2017 г. проведено 4 курса ПХТ по схеме: Паклитаксел-175 мг/м<sup>2</sup> (300 мг)+Карбоплатин AUC=5 (450 мг) внутривенно в 1-й день, курсы химиотерапии 1 раз в 3 недели. С 03.07.2017 г по 17.07.2017 г лучевая терапия: на 1-м этапе ДЛТ с 2-х противоположных полей, размерами 16x16 см, границы поля: верхняя-IV поясничный позвонок, нижняя-край лонного сочленения, РОД-2,5 Гр, СОД-15 Гр, далее методом биаксиллярного секторного качания, размеры поля 6x16 см, границы поля: верхняя-IV поясничный позвонок, нижняя-край лонного сочленения, РОД-2,5 Гр, СОД-20 Гр. Внутриполостная гамма-терапия проведена на аппарате «Мультисорс», РОД-5 Гр, СОД-10 Гр на глубину 0,5 см стенки культи влагалища. Вторым этапом ДЛТ проведена методом биаксиллярного секторного качания, размеры поля 6x16 см, границы поля: верхняя-IV поясничный позвонок, нижняя-край лонного сочленения, РОД-2,5 Гр, СОД-45 Гр. Внутриполостная гамма-терапия проведена на аппарате «Мультисорс», РОД-5 Гр, СОД-15 Гр на глубину 0,5 см стенки культи влагалища. Осложнений не отмечено. Далее пациентка проходила комплексное обследование каждые 3 месяца, отмечалась ремиссия заболевания. В октябре 2018 года, появились жалобы на общую слабость, быструю утомляемость, расстройство памяти, головные боли в утренние часы, слабо купирующиеся анальгетиками. При обращении в онкологический диспансер по месту жительства, рекомендовано и 24.10.2018 г. выполнено ПЭТ/КТ исследование всего тела, с 18-ФДГ, отмечено снижение плотности белого вещества полюсно-базальных отделов левой лобной доли, по другим органам без признаков прогрессирования основного заболевания. В анализах крови отмечено повышение уровня СА125 до 426,6 Е/мл. Больная направлена в поликлинику онкологического центра, индекс Карновского 70 % на момент обращения.

## **Анамнез жизни**

- хронические заболевания: хронический гастрит. - не курит, алкоголем не злоупотребляет. - профессиональных вредностей нет. - аллергические реакции на медикаменты отрицает. - опухолевые заболевания в семье: онкоанамнез неотягощен.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Индекс Карновского - 70 %. ECOG - 2. Вес 67 кг, рост 164 см. Температура тела 36,4°C. Кожные покровы чистые, ровные, отеков нет, тургор в норме. Мышечная система: боли и атрофии нет. Кости и суставы: боли при пальпации нет, деформации нет. Периферические лимфатические узлы не увеличены. Данные осмотра молочных желез: без патологических особенностей. Органы дыхания: жалоб нет. Аускультативно: дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 65/минуту, АД 103/68 мм рт.ст. Живот при пальпации мягкий, безболезненный, патологические образования не пальпируются.

Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное. Симптом Пастернацкого отрицательный с двух сторон. Стул регулярный, оформленный.

Неврологический статус: Сознание ясное. Когнитивные нарушения в виде расстройства памяти. Умеренно выраженные головные боли. Движение глаз: нарушений нет. Конвергенция не нарушена. Аккомодация содружественная справа, содружественная слева. Снижение чувствительности на лице нет. Гипотрофии жевательных мышц нет. Боли в лице нет. Функция глотания сохранена. Голос звучный. Гипотрофии мышц шеи и плечевого пояса нет. Девиации языка нет. Нарушений чувствительности нет. Суставно-мышечное чувство сохранено. Двигательные функции не нарушены. Мышечный тонус не изменен. Мозжечковые функции не нарушены. Сухожильные и периостальные рефлексы не изменены, равномерны. Менингеальные симптомы отрицательные.

**Выберите инструментальный метод обследования для постановки диагноза**

- химиотерапию
- хирургическое лечение
- хирургическое лечение с последующим проведением радиоактивного йода
- терапию радиоактивным йодом

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Выберите необходимые для оценки распространенности процесса инструментальные методы обследования**

- химиотерапию
- хирургическое лечение
- хирургическое лечение с последующим проведением радиоактивного йода
- терапию радиоактивным йодом

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Какой диагноз можно предположить у данной больной на основании анамнеза заболевания и проведенного комплексного обследования?**

- химиотерапию

- хирургическое лечение
- хирургическое лечение с последующим проведением радиоактивного йода
- терапию радиоактивным йодом

### **Выбором тактики лечения будет**

- симптоматическая терапия
- гормонотерапия
- химиолучевая терапия
- иммунотерапия

### **Выбор тактики лечения основывается на данных**

- гистологического типа опухоли
- неврологического статуса
- МРТ головного мозга с контрастным усилением
- комплексного УЗИ, рентгенологического исследования органов грудной клетки, сцинтиграфии костей всего тела

### **На 1-м этапе лечения пациентке показано провести**

- стереотаксическую радиохирургию на область церебрального метастаза
- противосудорожную терапию
- химиотерапевтическое лечение
- циторедуктивную операцию

### **Режим проведения лекарственной противоопухолевой терапии включает + \_\_\_\_\_ + курса/ курсов**

- 6
- до 12
- до 10
- 4

### **Схемой выбора химиотерапии является**

- Паклитаксел-175 мг/м<sup>2</sup> (300 мг)+Карбоплатин AUC=5 (450 мг) внутривенно в 1-й день, курсы химиотерапии 1 раз в 3 недели
- проведение курсового лечения метотрексатом 15 мг 2 раза в неделю (инtrateкальное введение).
- Иринотекан 200 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й и 15-й дни + Бевацизумаб 5–10 мг/кг в/в в 1-й и 15-й дни, каждые 4 недели
- PCV: Ломустин 90 мг/м<sup>2</sup> внутрь в 1-й день + Винкристин 1,5 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й и 8-й дни + Прокарбазин 70 мг/м<sup>2</sup> внутрь в дни 8–21-й дни, каждые 6 недель

### **Лучевая терапия проводится в режиме**

- облучения всего головного мозга
- облучения всего головного мозга и стереотаксической радиохирургии
- стереотаксической радиохирургии
- стереотаксической радиотерапии

**После лечения по поводу метастатических опухолей головного мозга рекомендуется проводить наблюдение в первые 1–2 года — каждые**

- 3 месяца, в 3–5-й годы — 1 раз в 6 месяцев
- 6 месяцев, в 3–5-й годы — 1 раз в 10 месяцев
- 8 месяцев, в 3–5-й годы — 1 раз в 12 месяцев
- 2 месяца, в 3–5-й годы — 1 раз в 4 месяца

**Дополнительным лекарственным лечением при раке тела матки является**

- антигистаминная терапия
- гормонотерапия
- противосудорожная терапия
- гепатопротекторная терапия

**Проведение реабилитации после проведенного лечения**

- антигистаминная терапия
- гормонотерапия
- противосудорожная терапия
- гепатопротекторная терапия

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 57 лет направлена районным онкологом в федеральный онкологический центр.

### **Жалобы**

На кровянистые выделения из половых путей на фоне постменопаузы.

### **Анамнез заболевания**

На фоне 7-летней менопаузы появились кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Выполнена аспирационная биопсия эндометрия. При гистологическом исследовании в эндометрии определяются железы, в эпителии которых клетки с признаками атипии. Направлена в федеральный онкологический центр.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – экономист. Менопауза с 50 лет. Гинекологические заболевания отрицает.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Вес 79 кг, рост 163 см. Температура тела

36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Над- и подключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не увеличены, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания брюшной, дыхательные движения ритмичные, ЧД – 16 в минуту. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. При сравнительной перкуссии: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук. Границы лёгких не изменены. При аускультации над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 140/80 мм.рт.ст. Живот мягкий, симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации. Перитонеальных симптомов нет. Газы отходят. Стул регулярный Мочеиспускание самостоятельное, без дизурии. При гинекологическом исследовании наружные половые органы развиты правильно. Слизистая влагалища и шейки матки визуально не изменена. Тело матки не увеличено, плотное подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не увеличены. Своды глубокие, параметрии свободные. Выделения из половых путей скудные, скудные.

**Для уточнения характера изменений необходимо выполнить**

- антигистаминная терапия
- гормонотерапия
- противосудорожная терапия
- гепатопротекторная терапия

### **Результаты обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования, который наиболее точно позволяет судить о распространенности первичной опухоли является**

- антигистаминная терапия
- гормонотерапия
- противосудорожная терапия
- гепатопротекторная терапия

### **Результаты инструментального метода обследования**

**Для уточнения степени распространенности опухолевого процесса пациентке необходимо выполнить**

- антигистаминная терапия
- гормонотерапия
- противосудорожная терапия

- гепатопротекторная терапия

## **Результаты обследования**

**Пациентке может быть установлен предварительный диагноз рак тела матки**

- антигистаминная терапия
- гормонотерапия
- противосудорожная терапия
- гепатопротекторная терапия

## **Диагноз**

**Лечение данной пациентки следует начать с**

- химиотерапии
- гормонотерапии
- лучевой терапии
- операции

**Данной пациентке показана операция в объеме**

- химиотерапии
- гормонотерапии
- лучевой терапии
- операции

**По результатам гистологического исследования больной установлена + \_\_\_\_\_ + стадия рака тела матки**

- pT2N0M0
- pT1aN0M0
- pT1N1M0
- pT1bN0M0

**Исходя из данных планового гистологического исследования операционного материала больной показано**

- pT2N0M0
- pT1aN0M0
- pT1N1M0
- pT1bN0M0

**Для уточнения степени распространенности опухолевого процесса наиболее информативным методом является**

- pT2N0M0

- pT1aN0M0
- pT1N1M0
- pT1bN0M0

**По результатам ПЭТ-КТ больной показано + \_\_\_\_\_ + лечение**

- pT2N0M0
- pT1aN0M0
- pT1N1M0
- pT1bN0M0

**После выполненной операции больной показано**

- лучевое лечение
- лекарственное лечение
- динамическое наблюдение
- химиолучевое лечение

**Регионарными для рака тела матки являются + \_\_\_\_\_ + лимфатические узлы**

- лучевое лечение
- лекарственное лечение
- динамическое наблюдение
- химиолучевое лечение

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 32 лет направлена районным гинекологом в федеральный онкологический центр.

### **Жалобы**

На контактные кровянистые выделения из половых путей.

### **Анамнез заболевания**

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

### **Анамнез жизни**

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

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 173 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Над- и подключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не увеличены,

подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания брюшной, дыхательные движения ритмичные, ЧД – 16 в минуту. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. При сравнительной перкуссии: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук. Границы лёгких не изменены. При аускультации над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, симметричный, не вздут, участвует в акте дыхания, безболезненный при пальпации. Перитонеальных симптомов нет. Газы отходят. Стул регулярный. Мочеиспускание самостоятельное, без дизурии. При гинекологическом исследовании наружные половые органы развиты правильно. Слизистая влагалища визуально не изменена. На влагалищной части шейки матки определяется экзофитное опухолевое образование, размерами 3,0х2,5см, контактно кровоточит. Перехода на своды влагалища не отмечено. Тело матки не увеличено, плотное подвижное, безболезненное. Придатки с обеих сторон не увеличены. Своды глубокие, параметрии свободны. Выделения из половых путей кровянистые, скудные.

**Окончательный диагноз злокачественной эпителиальной опухоли шейки устанавливается на основании данных**

- лучевое лечение
- лекарственное лечение
- динамическое наблюдение
- химиолучевое лечение

### **Результаты обследования**

**Наиболее информативным методом оценки распространения первичной опухоли шейки матки является + \_\_\_\_\_ + органов малого таза**

- лучевое лечение
- лекарственное лечение
- динамическое наблюдение
- химиолучевое лечение

### **Результаты обследования**

**Данной пациентке рекомендуется выполнить анализ крови на онкомаркер**

- лучевое лечение
- лекарственное лечение
- динамическое наблюдение
- химиолучевое лечение



## **Результаты обследования**

**Для уточнения степени распространенности опухолевого процесса пациентке необходимо выполнить**

- лучевое лечение
- лекарственное лечение
- динамическое наблюдение
- химиолучевое лечение

## **Результаты обследования**

**Пациентке может быть установлен предварительный диагноз: Рак**

- лучевое лечение
- лекарственное лечение
- динамическое наблюдение
- химиолучевое лечение

## **Диагноз**

**Больная хочет сохранить детородную функцию. Данной пациентке выполнение органосохраняющей операции**

- возможно сразу
- возможно после предварительной иммунотерапии
- невозможно
- возможно после предварительной лучевой терапии

**Органосохраняющее лечение пациентке необходимо выполнить в объеме + \_\_\_\_\_ + с тазовой лимфаденэктомией**

- возможно сразу
- возможно после предварительной иммунотерапии
- невозможно
- возможно после предварительной лучевой терапии

**Учитывая полученные данные, больной следует выполнить операцию в объеме расширенной**

- возможно сразу
- возможно после предварительной иммунотерапии
- невозможно
- возможно после предварительной лучевой терапии

**По результатам гистологического исследования больной установлена + \_\_\_\_\_ + стадия рака шейки матки**

- pT1b2N1M1
- pT1b2N1M0
- pT1b1N1M1
- pT1b1N1M0

**Исходя из данных планового гистологического исследования операционного материала больной показано**

- динамическое наблюдение
- сочетанное лучевое лечение
- химиолучевое лечение
- лекарственное лечение

**Химиотерапия при проведении химиолучевого лечения проводится**

- перед, параллельно и после лучевой терапии
- перед и параллельно с лучевой терапией
- параллельно и после лучевой терапии
- параллельно с лучевой терапией

**При проведении химиолучевого лечения у больных раком шейки матки в монотерапии применяется**

- перед, параллельно и после лучевой терапии
- перед и параллельно с лучевой терапией
- параллельно и после лучевой терапии
- параллельно с лучевой терапией

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 52 лет направлена районным онкологом в МРНЦ им А.Ф. Цыба.

### **Жалобы**

На кровянистые выделения из половых путей на фоне постменопаузы, тянущие боли в нижних отделах живота.

### **Анамнез заболевания**

На протяжении 3-х месяцев пациентку беспокоили кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства, осмотрена. Направлена к районному онкологу. После осмотра районным онкологом направлена в МРНЦ им А.Ф. Цыба.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – педагог.

### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 88 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6° С; \* кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски; \*

периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные; \* дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над - и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту; \* при пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин.  $PO_2$  99%; \* гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 135/90 мм.рт.ст.; \* живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

**Обследование пациентки следует начинать с**

- перед, параллельно и после лучевой терапии
- перед и параллельно с лучевой терапией
- параллельно и после лучевой терапии
- параллельно с лучевой терапией

**Результаты обследования**

**Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- перед, параллельно и после лучевой терапии
- перед и параллельно с лучевой терапией
- параллельно и после лучевой терапии
- параллельно с лучевой терапией

**Результаты обследования**

**Инструментальным методом обследования, наиболее точно позволяющем судить о распространенности первичной опухоли, является**

- перед, параллельно и после лучевой терапии
- перед и параллельно с лучевой терапией
- параллельно и после лучевой терапии
- параллельно с лучевой терапией

**Результаты инструментального метода обследования**

### **Предполагаемым основным диагнозом является**

- перед, параллельно и после лучевой терапии
- перед и параллельно с лучевой терапией
- параллельно и после лучевой терапии
- параллельно с лучевой терапией

### **Диагноз**

### **Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- перед, параллельно и после лучевой терапии
- перед и параллельно с лучевой терапией
- параллельно и после лучевой терапии
- параллельно с лучевой терапией

### **Результаты обследования**

### **Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в**

- условиях стационара
- условиях «дневного стационара»
- отделение интенсивной терапии
- амбулаторно (на дому)

### **Пациентке следует назначить**

- предоперационный курс лучевой терапии с суммарной очаговой дозой на т. А 60 Гр с последующим хирургическим лечением
- хирургическое лечение в объеме: модифицированной расширенной экстирпации матки (II тип) с последующим послеоперационным курсом дистанционной лучевой терапии
- неoadъювантную химиотерапию препаратами таксанового ряда и препаратами платины 1 раз в неделю, с последующим хирургическим лечением
- сочетанную химиолучевую терапию (сочетанная ЛТ + еженедельное введение цисплатина 40 мг/м<sup>2</sup> на протяжении дистанционной ЛТ)

**Пациентке показано химиолучевое лечение. Для лечения больных раком шейки матки рекомендуется следующая методика сочетанной лучевой терапии по радикальной программе. Суммарные дозы от курса сочетанной лучевой терапии: в т. А + \_\_\_\_\_ + Гр, в т. В + \_\_\_\_\_ + Гр.**

- 60; 30
- 80–90; 60
- 50–60; 50
- 100; 40

**Химиолучевая терапия проводится на фоне еженедельного введения**  
+ \_\_\_\_\_ + мг/м<sup>2</sup>

- цисплатина 40
- паклитаксела 175
- паклитаксела 80
- циклофосфида 500

**Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать**

- плановое динамическое наблюдение
- регионарную химиотерапию
- курсы фотодинамической терапии
- хирургическое лечение

**К основному фактору риска развития рака шейки матки относят вирус**

- Эбола
- Эпштейн-Бара
- папилломы человека
- простого герпеса

**Наблюдение у районного онколога пациентке показано с периодичностью 1 раз в + \_\_\_\_\_ + , затем + \_\_\_\_\_ + , затем ежегодно**

- Эбола
- Эпштейн-Бара
- папилломы человека
- простого герпеса

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 26 лет, не рожавшая, но планирующая в будущем реализовать свою детородную функцию, направлена районным онкологом в МРНЦ им А.Ф. Цыба.

### **Жалобы**

На контактные кровянистые выделения из половых путей в межменструальный период, тянущие боли в нижних отделах живота.

### **Анамнез заболевания**

На протяжении 2-х месяцев пациентку беспокоили кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства, осмотрена.

Направлена к районному онкологу. После осмотра районным онкологом направлен в МРНЦ им А.Ф. Цыба.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – педагог.

## **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 56 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6 С; \* кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски; \* периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные; \* дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над - и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 15 в минуту; \* при пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 15 уд в мин.  $PO_2$  99%; \* гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 70 уд в мин, АД 120/85 мм.рт.ст; \* живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

**Обследование пациентки следует начинать с**

- Эбола
- Эпштейн-Бара
- папилломы человека
- простого герпеса

## **Результаты обследования**

**Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- Эбола
- Эпштейн-Бара
- папилломы человека
- простого герпеса

## **Результаты обследования**

**Инструментальным методом обследования, наиболее точно позволяющим судить о распространенности первичной опухоли, является**

- Эбола
- Эпштейн-Бара
- папилломы человека
- простого герпеса

## **Результаты инструментального метода обследования**

### **Предполагаемым основным диагнозом, является**

- Эбола
- Эпштейн-Бара
- папилломы человека
- простого герпеса

### **Диагноз**

### **Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- Эбола
- Эпштейн-Бара
- папилломы человека
- простого герпеса

## **Результаты обследования**

### **Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях**

- стационара
- отделения интенсивной терапии
- амбулаторного наблюдения на дому
- «дневного стационара»

### **Пациентке следует назначить**

- химиолучевую терапия (дистанционная лучевая терапия + брахитерапия)
- предоперационный курс лучевой терапии и последующее хирургическое лечение
- органосохранное хирургическое лечение
- химиотерапию по схеме паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> + карбоплатин AUC 5 каждые 3 недели

### **Пациентке показано хирургическое лечение, в объеме**

- конизации шейки матки с выскабливанием оставшейся части цервикального канала + лапароскопической транспозиция яичников с последующим послеоперационным курсом сочетанной лучевой терапии (ДЛТ + эндовагинальная брахитерапия)
- экстрафасциальной экстирпации матки (I тип) с последующими курсами полихимиотерапии по схеме паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> + карбоплатин AUC 5 каждые 3 недели до 6-ти курсов

- широкой конизации шейки матки с экстраперитонеальной или лапароскопической тазовой лимфаденэктомией, либо расширенной трахелэктомии (тип II)
- высокой ампутации шейки матки с выскабливанием оставшейся части цервикального канала с послеоперационным курсом сочетанной лучевой терапии (ДЛТ + эндовагинальная брахитерапия)

**Профилактика тромбоэмболических осложнений в послеоперационном периоде должна проводиться + \_\_\_\_\_ + дня/дней**

- 5
- 2
- 7
- 3

**Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать**

- регионарную химиотерапию препаратами платины
- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение
- курсы фотодинамической терапии

**К основному фактору риска развития рака шейки матки относят вирус**

- Эпштейн-Бара
- Эбола
- простого герпеса
- папилломы человека

**Наблюдение у районного онколога пациентке показано с периодичностью 1 раз в + \_\_\_\_\_ +, затем + \_\_\_\_\_ +, затем ежегодно**

- Эпштейн-Бара
- Эбола
- простого герпеса
- папилломы человека

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 56 лет направлена районным гинекологом в федеральный онкологический центр.

### **Жалобы**

На увеличение живота в объеме.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной в течение последних 2 месяцев, когда отметила появление



боли внизу живота, затем постепенное увеличение живота в объеме. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Обследована, направлена в федеральный онкологический центр

### **Анамнез жизни**

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

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Вес 104 кг, рост 173 см. Температура тела 36,6 С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. Над- и подключичные, подмышечные, паховые лимфатические узлы не увеличены, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотноэластической консистенции, безболезненные. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Дыхательные движения ритмичные, ЧД 16 в минуту. При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. При сравнительной перкуссии над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук. Границы легких не изменены. При аускультации над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких выслушивается везикулярное дыхание, хрипов нет. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 135/80 мм.рт.ст. Живот значительно увеличен в объеме, умеренно болезненный при пальпации в нижних отделах, где определяется плотное неподвижное объемное образование размерами 35х20 см. Перитонеальных симптомов нет. Газы отходят. Стул регулярный. Мочеиспускание самостоятельное, без дизурии. При гинекологическом исследовании наружные половые органы развиты правильно. Слизистая влагалища и влагалищной части шейки матки визуально не изменена. Наружный маточный зев точечный. При ректовагинальном исследовании в малом тазу определяется неподвижный конгломерат, включающий матку и придатки, верхний полюс которого пальпируется между пупком и лобком. Конгломерат фиксирован к объемному образованию размерами 35х20 см, расположенному в мезо- и гипогастральная областях и описанному при пальпации живота. Своды глубокие, параметрии свободные. Выделения из половых путей скудные слизистые.

**Окончательный диагноз злокачественной эпителиальной опухоли яичников подтверждается данными**

- Эпштейн-Бара
- Эбола
- простого герпеса
- папилломы человека

### **Результаты обследования**

**Наиболее информативным методом оценки распространенности процесса при раке яичников является**

- Эпштейн-Бара
- Эбола
- простого герпеса
- папилломы человека

**Результаты обследования**

**Пациентке рекомендуется выполнить исследование крови на опухолевые маркеры**

- Эпштейн-Бара
- Эбола
- простого герпеса
- папилломы человека

**Результаты обследования**

**В рамках обследования перед началом лечения пациентке показана**

- Эпштейн-Бара
- Эбола
- простого герпеса
- папилломы человека

**Результаты обследования**

**Пациентке может быть установлен предварительный диагноз: рак**

- Эпштейн-Бара
- Эбола
- простого герпеса
- папилломы человека

**Диагноз**

**Предпочтительным методом лечения данной пациентки на первом этапе является хирургическое лечение в объеме**

- химиотерапия цисплатином и циклофосфамидом
- дистанционная лучевая терапия
- полной или оптимальной циторедукции
- химиотерапия паклитакселом

**Хирургическое вмешательство пациентке по возможности следует выполнить в объеме экстирпации матки с придатками и**

- оментэктомии, забрюшинной лимфаденэктомии, удаления опухолевых диссеминатов размером более 1 см
- оментэктомии, забрюшинной лимфаденэктомии, удаления всех опухолевых диссеминатов
- резекции большого сальника, тазовой лимфаденэктомии, удаления всех опухолевых диссеминатов
- оментэктомии, удаления всех опухолевых диссеминатов

**При интраоперационной ревизии выявлены немногочисленные опухолевые диссеминаты по капсуле селезенки размером от 0,1 до 0,3 см. В этом случае необходимо**

- оментэктомии, забрюшинной лимфаденэктомии, удаления опухолевых диссеминатов размером более 1 см
- оментэктомии, забрюшинной лимфаденэктомии, удаления всех опухолевых диссеминатов
- резекции большого сальника, тазовой лимфаденэктомии, удаления всех опухолевых диссеминатов
- оментэктомии, удаления всех опухолевых диссеминатов

**Эту операцию можно назвать циторедуктивной**

- оментэктомии, забрюшинной лимфаденэктомии, удаления опухолевых диссеминатов размером более 1 см
- оментэктомии, забрюшинной лимфаденэктомии, удаления всех опухолевых диссеминатов
- резекции большого сальника, тазовой лимфаденэктомии, удаления всех опухолевых диссеминатов
- оментэктомии, удаления всех опухолевых диссеминатов

**Пациентке установлен окончательный диагноз: Рак яичников**

- pT3cN1M1
- pT3cN2M0
- pT3cN1M0
- pT3bN1M1

**После операции пациентке показано проведение 6 курсов химиотерапии**

- паклитакселом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день и карбоплатином в дозе AUC 6 в/в в 1-й день 28-дневного курса
- паклитакселом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день и карбоплатином в дозе AUC 6 в/в в 1-й день 21-дневного курса
- паклитакселом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день и карбоплатином в дозе AUC 6 в/в в 1-й день 21-дневного курса с добавлением бевацизумаба в дозе 7,5 мг/кг в/в каждые 3 недели в течение суммарно 18—22 курсов (или до прогрессирования, если оно наступит раньше)

- карбоплатином AUC 5 в/в в 1-й день 21-дневного курса

### **После завершения адъювантной химиотерапии пациентке показано**

- паклитакселом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день и карбоплатином в дозе AUC 6 в/в в 1-й день 28-дневного курса
- паклитакселом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день и карбоплатином в дозе AUC 6 в/в в 1-й день 21-дневного курса
- паклитакселом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день и карбоплатином в дозе AUC 6 в/в в 1-й день 21-дневного курса с добавлением бевацизумаба в дозе 7,5 мг/кг в/в каждые 3 недели в течение суммарно 18—22 курсов (или до прогрессирования, если оно наступит раньше)
- карбоплатином AUC 5 в/в в 1-й день 21-дневного курса

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 58 лет направлена районным онкологом в федеральный онкологический центр.

### **Жалобы**

На дискомфорт в области верхней челюсти справа, там же жжение при приеме кислой пищи, небольшая припухлость щеки справа.

### **Анамнез заболевания**

После лечения зуба верхней челюсти справа у стоматолога, через 2 месяца, почувствовала дискомфорт во рту справа. Обратилась к стоматологу по месту жительства, при осмотре участок гиперемии слизистой щеки справа. Стоматологом назначена консервативная терапия (настой ромашки, метрогил гель местно, соблюдение щадящей диеты). При повторном осмотре стоматолога выявлено уплотнение слизистой, направлена к онкологу по месту жительства. Онкологом проведен соскоб слизистой щеки, по данным цитологического исследования тяжелая дисплазия слизистой, подозрение на рак. Районным онкологом направлена в федеральный онкологический центр.

### **Анамнез жизни**

Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – продавец. Сопутствующая соматическая патология – гипертоническая болезнь 2 стадия, ИБС, стенокардия напряжения ФК2, постоянная мерцательной аритмия, НК2А. Находится на постоянной лекарственной кардиальной терапии, без ухудшения. Курит около 35 лет, сигареты 1 пачка в день.

### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 164 см. Температура тела 36,6°C. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* Лицо асимметрично, отмечается небольшая припухлость щечной области справа. \* Периферические лимфоузлы - шейные, подмышечные, паховые не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. \*

Грудная клетка правильной формы, симметричная. Дыхание через нос свободное. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. \* Сердце – тоны ясные, ритм неправильный, ЧСС 74 уд в мин, аритмичные, АД 155/95 мм.рт.ст. \* Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве. Стул регулярный. Пастозность стоп.

**Обследование пациентки следует начать с**

- паклитакселом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день и карбоплатином в дозе AUC 6 в/в в 1-й день 28-дневного курса
- паклитакселом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день и карбоплатином в дозе AUC 6 в/в в 1-й день 21-дневного курса
- паклитакселом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день и карбоплатином в дозе AUC 6 в/в в 1-й день 21-дневного курса с добавлением бевацизумаба в дозе 7,5 мг/кг в/в каждые 3 недели в течение суммарно 18—22 курсов (или до прогрессирования, если оно наступит раньше)
- карбоплатином AUC 5 в/в в 1-й день 21-дневного курса

**Результаты обследования**

**Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- паклитакселом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день и карбоплатином в дозе AUC 6 в/в в 1-й день 28-дневного курса
- паклитакселом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день и карбоплатином в дозе AUC 6 в/в в 1-й день 21-дневного курса
- паклитакселом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день и карбоплатином в дозе AUC 6 в/в в 1-й день 21-дневного курса с добавлением бевацизумаба в дозе 7,5 мг/кг в/в каждые 3 недели в течение суммарно 18—22 курсов (или до прогрессирования, если оно наступит раньше)
- карбоплатином AUC 5 в/в в 1-й день 21-дневного курса

**Результаты обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования, который наиболее точно позволяет судить о распространенности первичной опухоли, является**

- паклитакселом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день и карбоплатином в дозе AUC 6 в/в в 1-й день 28-дневного курса
- паклитакселом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день и карбоплатином в дозе AUC 6 в/в в 1-й день 21-дневного курса
- паклитакселом в дозе 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день и карбоплатином в дозе AUC 6 в/в в 1-й день 21-дневного курса с добавлением бевацизумаба в дозе 7,5 мг/кг в/в каждые 3 недели в течение суммарно 18—22 курсов (или до прогрессирования, если оно наступит раньше)
- карбоплатином AUC 5 в/в в 1-й день 21-дневного курса

### **Результаты инструментального метода обследования**

**У больной по классификации TNM первичная опухоль соответствует Т**

- 4a
- 1
- 3
- 2

**У пациентки установлен диагноз Рак щеки справа**

- 4a
- 1
- 3
- 2

### **Диагноз**

**Заболевание соответствует + \_\_\_\_\_ + клинической стадии**

- II
- III
- IVa
- I

**Наиболее частой гистологической формой рака щеки является  
+ \_\_\_\_\_ + рак**

- лимфоэпителиальный
- железистый
- базалоидный
- плоскоклеточный

**От хирургического лечения пациентка категорически отказалась, поэтому пациентке необходимо провести**

- лучевое лечение
- химиолучевую терапию

- криодеструкцию
- системную химиотерапию

**Суммарная очаговая доза курса лучевой терапии на первичную опухоль составляет +\_\_\_\_\_+ Гр, а на регионарные лимфатические узлы +\_\_\_\_+ Гр**

- 45-50; 30
- 50-56; 40
- 60-70; 50
- 54; 50

**После выписки из стационара радиологического центра пациенту следует рекомендовать**

- динамическое наблюдение
- локальную химиотерапию
- хирургическое лечение
- системную полихимиотерапию

**К основному фактору риска развития рака щеки относят**

- плоскую лейкоплакию
- папиллomu щеки
- лейкокератоз
- стоматит

**После проведения лечения наблюдение у районного онколога показано с периодичностью каждые +\_\_\_\_\_+ мес. в течение первых 2 лет, затем каждые 6-12 месяцев в течение 3-го и 4-го года наблюдения, затем 1 раз в год**

- плоскую лейкоплакию
- папиллomu щеки
- лейкокератоз
- стоматит

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациентка 57 лет госпитализирована в отделение торакальной хирургии для обследования.

### **Жалобы**

На периодические умеренные боли в грудной клетке справа.

### **Анамнез заболевания**

Небольшие боли в правой половине груди беспокоят около месяца. К врачу не обращалась. Неделю тому назад при профилактической флюорографии в

верхней доле правого легкого обнаружено периферическое бугристое образование 4\*4.5 см с нечетким контуром и участком инфильтрации по направлению к корню. Кроме того, отмечено расширение корня легкого справа. Была консультирована фтизиатром, данных за специфическую патологию не выявлено и пациентка направлена на консультацию к торакальному хирургу. Была госпитализирована в отделение торакальной хирургии, в связи с подозрением на злокачественную опухоль легкого.

#### **Анамнез жизни**

\* страдает язвенной болезнью 12 перстной кишки в течение 5 лет, в настоящее время стадия ремиссии \* курит сигареты в течение 30 лет (15 пачка/лет) \* профессиональных вредностей не имеет \* аллергических реакций не было \* наследственность не отягощена

#### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 70 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. Дыхание жесткое, выслушивается хорошо во всех отделах; хрипы сухие непостоянные с обеих сторон. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

**Признаками злокачественного характера опухоли у пациентки являются: полицикличность, лучистость контуров и наличие**

- лимфогенной дорожки
- долевого ателектаза
- очагов отсева
- петрификатов в проекции опухоли

**Для диагностики местной распространенности опухолевого процесса больной показано выполнение**

- магнитно-резонансной томографии
- компьютерной томографии (КТ)
- линейной (послойной) томографии
- ультразвукового исследования грудной клетки

**При подозрении на злокачественную опухоль легкого, обязательным диагностическим методом обследования должно быть**

- определение опухолевых маркеров в крови
- ультразвуковое исследование грудной клетки
- выполнение фибробронхоскопии
- оперативное диагностическое вмешательство

**Для верификации диагноза в рассматриваемом случае показано выполнение фибробронхоскопии с**

- браш-биопсией стенки бронха



- чрезбронхиальной биопсией
- флуоресцентным исследованием
- забором смывов из бронхов

**При спиральной компьютерной томографии легких у пациентки в С2 верхней доли правого легкого обнаружено периферическое бугристое образование 4,2\*4,5\*3,2 см с нечетким контуром, связанное с висцеральной плеврой и имеющее «дорожку» (лимфостаз) по направлению к корню легкого; кроме того, выявлены увеличенные до 1,5 см лимф. узлы верхнего средостения справа. Изменений в других отделах легких нет. При фибробронхоскопии у пациентки обнаружены гиперемия и отек слизистой второго сегментарного бронха верхней доли правого легкого; прямых визуальных признаков опухоли не выявлено, выполнена чрезбронхиальная щипцевая биопсия опухоли под рентгенологическим контролем, удалено 6 участков образования; при патоморфологическом исследовании биоптатов диагностирована аденокарцинома легкого. По данным обследования у пациентки диагностирована периферическая аденокарцинома правого легкого (4,5 см.), что соответствует символу Т + \_\_\_\_\_ + по системе TNM (2009г.).**

- 2 а
- 1 а
- 2 в
- 1 в

**По данным компьютерной томографии у пациентки увеличены (до 1,5 см.) лимфатические узлы средостения справа, для верификации их метастатического поражения показана**

- медиастинотомия по Чемберлену
- прескаленная биопсия по Даниельсу
- видео-торакоскопия
- медиастиноскопия

**При подозрении на метастатическое поражение костей скелета показано**

- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- проведение ретгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- исследование онкомаркеров крови
- выполнение остеосцинтиграфии

**В ходе обследования (при видеомедиастиноскопии по Карленсу, произведена биопсия 5 групп лимфатических узлов средостения; при патоморфологическом исследовании метастатического поражения лимф. узлов не выявлено) у больной диагностировано поражение T2aN1M0, что соответствует + \_\_\_\_\_ + стадии рака легкого**

- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- проведение рентгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- исследование онкомаркеров крови
- выполнение остеосцинтиграфии

## **Диагноз**

**Пациентке (с T2aN1M0) планируется анатомическая резекция верхней доли правого легкого и**

- ипсилатеральная медиастинальная лимфодиссекция
- выборочная медиастинальная лимфодиссекция
- удаление «сигнальных» лимф. узлов
- двусторонняя медиастинальная лимфодиссекция

**При патоморфологическом исследовании удаленной доли следует указать: гистологическое строение опухоли, pT, pN и**

- состояние краев резекции
- наличие изменений в медиастинальной клетчатке
- характер изменений висцеральной плевры
- состояние окружающей опухоль паренхимы

**После радикальной операции с распространенностью опухолевого процесса T2aN1M0 (IIA ст.), в дальнейшем требуется**

- конформная лучевая терапия
- проведение адъювантной химиотерапии
- наблюдение онколога по месту жительства
- проведение первой линии иммунотерапии

**Диспансерное наблюдение представленной пациентки следует проводить с периодичностью каждые + \_\_\_\_ + месяца в течение первых трех лет**

- конформная лучевая терапия
- проведение адъювантной химиотерапии
- наблюдение онколога по месту жительства
- проведение первой линии иммунотерапии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 67 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования.

### **Жалобы**

На кашель, периодически кровохарканье (до 30 мл/сутки), повышение

температуры тела по вечерам (37.3-37.6), одышку при быстрой ходьбе и боли в грудной клетке слева.

### **Анамнез заболевания**

Считает, что заболел 3 месяца назад, когда появились упомянутые жалобы. Обратился в поликлинику к участковому терапевту. Была выполнена рентгенография легких, после чего был поставлен диагноз – левосторонняя нижнедолевая пневмония. От предложенной госпитализации отказался. Назначенное амбулаторное лечение (в том числе антибиотики), привело к кратковременному улучшению самочувствия. Был осмотрен фтизиатром, данных за специфическую патологию не выявлено и пациент направлен на консультацию к торакальному хирургу. Госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования, в связи с наличием ателектаза нижней доли левого легкого.

### **Анамнез жизни**

\* страдает ХОБЛ в течение 15 лет, в настоящее время стадия ремиссии \* ИБС: стенокардия напряжения II ф.к. Атеросклероз аорты и коронарных артерий. Постинфарктный кардиосклероз (ОИМ 4 года назад) \* курит в течение 45 лет, по одной пачке сигарет в день \* профессиональных вредностей не имеет \* аллергических реакций не было \* наследственность не отягощена

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 87 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, над левым легким ослаблено; хрипы сухие непостоянные с обеих сторон. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

**Ателектаз легкого (выявленный у пациента) является, как правило, следствием**

- гемоторакса
- гидроторакса
- пневмоторакса
- бронхообтурации

**Для диагностики местной распространенности опухолевого процесса у больного показано выполнение**

- гемоторакса
- гидроторакса
- пневмоторакса
- бронхообтурации

### **Результаты обследования**

**Основной целью бронхологического исследования при центральной опухоли легкого является**

- оценка сопутствующего воспалительного процесса
- морфологическое подтверждение диагноза
- определение возможности резекции легкого
- обнаружение компрессии бронхов лимфатическими узлами

**Для верификации диагноза в рассматриваемом случае показано выполнение**

- прескаленной биопсии по Даниельсу
- транспищеводной тонкоигольной биопсии
- фибробронхоскопии с биопсией
- трансторакальной пункционной биопсии

**На основании данных обследования (при фибробронхоскопии в просвете левого нижнедолевого бронха обнаружена бугристая кровотокающая опухоль, обтурирующая просвет названного бронха. Выполнена биопсия 3 участков опухоли) у пациента диагностирован центральный рак левого нижнедолевого бронха, что соответствует символу T + \_\_\_\_ + по системе TNM (2009г.)**

- 4
- 1 в
- 2
- 3

**По данным компьютерной томографии у пациента увеличены (до 2.0 см) лимфатические узлы бифуркации трахеи, для верификации их метастатического поражения показана**

- медиастинотомия по Стримеру
- видео-торакоскопия
- медиастинотомия по Чемберлену
- медиастиноскопия

**При подозрении на метастатическое поражение костей скелета показано**

- выполнение остеосцинтиграфии
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- проведение рентгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- исследование онкомаркеров крови

**В ходе обследования у больного диагностировано поражение T2N1M0, что соответствует + \_\_\_\_ + стадии рака легкого**

- выполнение остеосцинтиграфии
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- проведение рентгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей

- исследование онкомаркеров крови

## **Диагноз**

**Пациенту (с T2aN1M0) планируется анатомическая резекция нижней доли левого легкого и**

- выборочная медиастинальная лимфодиссекция
- удаление «сторожевых» лимфатических узлов
- двусторонняя медиастинальная лимфодиссекция
- ипсилатеральная медиастинальная лимфодиссекция

**При патоморфологическом исследовании удаленной доли следует указать: гистологическое строение опухоли, pT, pN и**

- состояние краев резекции
- состояние окружающей опухоль паренхимы
- характер изменений висцеральной плевры
- наличие изменений в медиастинальной клетчатке

**После радикальной операции с распространенностью опухолевого процесса T2N1M0 (IIA ст.), в дальнейшем требуется**

- проведение адъювантной химиотерапии
- конформная лучевая терапия
- проведение первой линии иммунотерапии
- симптоматическая терапия по месту жительства

**Диспансерное наблюдение пациентов следует проводить с периодичностью каждые + \_\_\_\_ + месяца в течение первых трех лет**

- проведение адъювантной химиотерапии
- конформная лучевая терапия
- проведение первой линии иммунотерапии
- симптоматическая терапия по месту жительства

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 58 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования.

### **Жалобы**

На постоянные выраженные боли в правой половине грудной клетки, одышку при быстрой ходьбе и общую слабость.

### **Анамнез заболевания**

Заболел 2 месяца назад, когда появились упомянутые жалобы. Обратился в

поликлинику к участковому терапевту. Была выполнена рентгенография легких, на которой обнаружено затенение в правой плевральной полости по линии Демуазо. Произведена диагностическая пункция правой плевральной полости и удалено 100 мл серозно-геморрагического экссудата. Цитологическое исследование экссудата выявило большое количество мезотелиальных клеток. Был осмотрен фтизиатром, данных за специфическую патологию не обнаружено и пациент направлен на консультацию к торакальному хирургу. Госпитализирован в отделение торакальной хирургии с подозрением на мезотелиому плевры справа.

#### **Анамнез жизни**

\* страдает ХОБЛ в течение 10 лет, в настоящее время стадия ремиссии \* курит в течение 35 лет, по одной пачке сигарет в день \* в течение 18 лет работал на кораблестроительном предприятии, имел контакт с асбестом \* аллергических реакций не было \* наследственность неотягощена

#### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 180 см, масса тела 96 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При перкуссии над правым легким звук отчетливо укорочен. При аускультации - дыхание над правым легким не проводится; хрипы сухие непостоянные слева. ЧДД 22 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 90 в 1 мин, АД 150/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

**После удаления экссудата, для уточнения диагноза показано выполнение**

- компьютерной томографии
- ультразвукового исследования грудной клетки
- перфузионной сцинтиграфии легких
- позитронно-эмиссионной томографии

**При КТ правое легкое в спавшемся состоянии вследствие компрессии, определяется диффузное утолщение костальной и медиастинальной плевры справа с формированием множественных мягкотканых узлов плотностью 45-50НУ, сливающихся в конгломераты, размерами в верхних отделах до 1.5\*1.5 см. В легком определяются 6 округлых образований от 0.7 до 1.5 см в диаметре, с четкими ровными контурами, однородной структуры. Корни легких не расширены. Увеличены бронхо-пульмональные лимф. узлы до 1.3 см. Трахея и бронхи проходимы, просветы долевых и сегментарных бронхов не изменены, контур их деформирован, стенки уплотнены. Средостение несколько смещено влево. Правая плевральная полость заполнена жидкостью, плотностью до 10НУ. Сердце не изменено, имеет обычную конфигурацию и размеры. Левое легкое без признаков поражения. Для определения состояния внутригрудных лимфатических узлов показано выполнение**

- магнитно-резонансной томографии
- ультрасонографии средостения
- радионуклидного исследования с галлием<sup>67</sup>
- линейной (послойной) томографии средостения

**Исследование экссудата плевры не уточнило природу заболевания, для верификации диагноза показана**

- трепан-биопсия плевры
- пункционная биопсия плевры
- диагностическая торакоскопия
- повторная пункция плевральной полости

**Пациенту выполнена видео-торакаскопия справа, при проведении которой удалено около одного 400 мл геморрагической жидкости, выполнена ревизия плевральной полости, выявившая опухолевое поражение как париетальной, так и висцеральной плевры и произведена биопсия 4 участков опухоли, при патоморфологическом исследовании биоптатов диагностирована мезотелиома плевры смешанная форма, для окончательной верификации диагноза необходимо выполнить**

- определение раково-эмбрионального антигена крови
- определение нейронспецифической энолазы крови
- иммуногистохимическое исследование
- исследование крови на антигены вируса SV 40

**При иммуногистохимическом исследовании получен тип мезотелиомы – бифазная (смешанная), при МРТ грудной клетки выявлено увеличение бронхо-пульмональных лимф. узлов в области нижней и средней доли (все визуализируемые лимф. узлы диаметром от 1.2 до 1.4 см) Таким образом, в ходе обследования у пациента диагностирована мезотелиома плевры T2 N1 M0, что соответствует +\_\_\_\_\_+ стадии заболевания**

- определение раково-эмбрионального антигена крови
- определение нейронспецифической энолазы крови
- иммуногистохимическое исследование
- исследование крови на антигены вируса SV 40

## **Диагноз**

**Одним из важных критериев отбора на операцию, является удовлетворительный функциональный статус, соответствующий +\_\_\_\_\_+ баллам по шкале ECOG**

- 2-3
- 0-1
- 1-2
- 3-4

**Радикальным методом хирургического лечения мезотелиомы плевры является**

- париетальная плеврэктомия с декортикацией легкого
- пневмонэктомия с париетальной плеврэктomieей
- экстраплевральная пневмонэктомия
- расширенная лобэктомия с резекцией париетальной плевры и ребер

### **Лучевая терапия в лечении мезотелиомы плевры**

- рекомендуется после операции
- рекомендуется как самостоятельный метод
- рекомендуется в предоперационном периоде
- вообще не рекомендуется

**Лучевая терапия после радикальной операции для уменьшения частоты рецидивов проводится в суммарной дозе + \_\_\_\_\_ + Грэй**

- 20-30
- 40-50
- 30-40
- 50-70

**Лучевая терапия с паллиативной (обезболивающей) целью проводится в суммарной дозе + \_\_\_\_\_ + Грэй**

- 50-70
- 30-40
- 20-30
- 40-50

### **Химиотерапевтическое лечение при мезотелиоме плевры**

- никогда не используется
- показано в предоперационном периоде
- показано неоперабельным больным
- показано после радикальной операции

**Типичная схема первой линии химиотерапии мезотелиомы плевры включает цисплатин (карбоплатин) и**

- никогда не используется
- показано в предоперационном периоде
- показано неоперабельным больным
- показано после радикальной операции

## **Условие ситуационной задачи**

**Ситуация**



Пациентка 68 лет госпитализирована в отделение торакальной хирургии для обследования.

### **Жалобы**

На постоянные выраженные боли в правой половине грудной клетки, сухой кашель и одышку при быстрой ходьбе.

### **Анамнез заболевания**

Заболела 4 месяца назад, когда появились упомянутые жалобы. Обратилась в поликлинику к участковому терапевту. Была выполнена рентгенография легких, на которой обнаружено затенение в правой плевральной полости.

Симптоматическое лечение успеха не имело. Была осмотрена фтизиатром, данных за специфическую патологию не обнаружено и пациентка направлена на консультацию к торакальному хирургу. Госпитализирована в отделение торакальной хирургии для обследования.

### **Анамнез жизни**

\* страдает эндометриозом, лечится у гинеколога \* не курит \* в течение 15 лет работала в строительстве, изготовление шифера \* аллергическая реакция на пенициллин в виде крапивницы \* наследственность не отягощена

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 164 см, масса тела 78 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При перкуссии справа под углом лопатки звук отчетливо укорочен. При аускультации – в нижних отделах правого легкого дыхание не проводится; хрипы сухие непостоянные слева. ЧДД 26 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 86 в 1 мин, АД 150/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

**После удаления 600 мл экссудата (геморрагического), для уточнения диагноза показано выполнение**

- позитронно-эмиссионной томографии
- перфузионной сцинтиграфии легких
- компьютерной томографии
- ультразвукового исследования грудной клетки

**При КТ выявлено: правое легкое значительно компримировано жидким содержимым плевральной полости, определяется диффузное утолщение костальной и медиастинальной плевры справа с формированием множественных мягкотканых узлов плотностью 40-45НУ, сливающихся в конгломераты, размерами в верхних отделах до 3.5 см. В легком определяются 3 округлых образований от 1.7 до 2.5 см в диаметре, с четкими ровными контурами, однородной структуры. Корни легких не расширены. Увеличены бронхо-пульмональные лимф. узлы до 1.5 см. Трахея и бронхи проходимы, просветы долевых и сегментарных бронхов не изменены, контур их деформирован, стенки уплотнены. Средостение несколько смещено влево. Правая плевральная полость заполнена жидкостью, плотностью. Сердце несколько увеличено в размерах, имеет обычную конфигурацию. Левое легкое без признаков поражения. Для**

**определения состояния внутригрудных лимфатических узлов показано выполнение**

- линейной (послойной) томографии средостения
- магнитно-резонансной томографии
- ультрасонографии средостения
- радионуклидного исследования с галлием<sup>67</sup>

**Исследование экссудата плевры не уточнило природу заболевания, для верификации диагноза показана**

- пункционная биопсия плевры
- трепан-биопсия плевры
- повторная пункция плевральной полости
- диагностическая торакоскопия

**Пациенту выполнена видео-торакоскопия справа, при проведении которой удалено около одного 550 мл геморрагической жидкости, выполнена ревизия плевральной полости, выявившая опухолевое поражение как париетальной, так и висцеральной плевры. При гистологическом исследовании биоптатов выявлена мезотелиома плевры, для окончательной верификации диагноза необходимо выполнить**

- исследование крови на антигены вируса SV 40
- определение раково-эмбрионального антигена крови
- иммуногистохимическое исследование
- определение нейронспецифической энолазы крови

**MPT грудной клетки выявлено увеличение бронхо-пульмональных лимф. узлов в области нижней и средней доли (все визуализируемые лимф. узлы диаметром от 1.2 до 1.4 см), у пациента диагностирована мезотелиома плевры T3 N1 M0, что соответствует +\_\_\_\_\_+ стадии заболевания**

- исследование крови на антигены вируса SV 40
- определение раково-эмбрионального антигена крови
- иммуногистохимическое исследование
- определение нейронспецифической энолазы крови

**Диагноз**

**Одним из важных критериев отбора на операцию, является удовлетворительный функциональный статус, соответствующий +\_\_\_\_\_+ баллам по шкале ECOG**

- 3-4
- 1-2
- 0-1

- 2-3

**Радикальным методом хирургического лечения мезотелиомы плевры является**

- расширенная лобэктомия с резекцией париетальной плевры и ребер
- пневмонэктомия с париетальной плевроэктомией
- париетальная плевроэктомия с декортикацией легкого
- экстраплевральная пневмонэктомия

**Лучевая терапия в лечении мезотелиомы плевры**

- рекомендуется после операции
- рекомендуется в предоперационном периоде
- рекомендуется как самостоятельный метод
- вообще не рекомендуется

**Лучевая терапия после радикальной операции для уменьшения частоты рецидивов проводится в суммарной дозе + \_\_\_\_\_ + Грэй**

- 50-70
- 40-50
- 30-40
- 20-30

**Лучевая терапия с паллиативной (обезболивающей) целью проводится в суммарной дозе \_\_\_\_\_ Грэй**

- 20-30
- 50-70
- 30-40
- 40-50

**Химиотерапевтическое лечение при мезотелиоме плевры**

- никогда не используется
- показано в предоперационном периоде
- показано после радикальной операции
- показано неоперабельным больным

**Типичная схема первой линии химиотерапии мезотелиомы плевры включает цисплатин (карбоплатин) и**

- никогда не используется
- показано в предоперационном периоде
- показано после радикальной операции
- показано неоперабельным больным

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациент 70 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования.

### Жалобы

На постоянные выраженные боли в левой половине грудной клетки, одышку при небольшой физической нагрузке и повышение температуры тела до 38.0°C.

### Анамнез заболевания

Заболел 3 месяца назад, когда появились упомянутые жалобы. Обратился в поликлинику к участковому терапевту. Госпитализирован в отделение кардиологии, как страдающий сердечной недостаточностью. Была выполнена рентгенография легких, на которой обнаружено субтотальное затенение левой плевральной полости со смещением средостения вправо. Произведена диагностическая пункция левой плевральной полости и удалено 500 мл серозно-геморрагического экссудата. Цитологическое исследование экссудата ясности в диагноз не внесло. Был осмотрен фтизиатром, данных за специфическую патологию не выявлено и пациент направлен на консультацию к торакальному хирургу. Госпитализирован в отделение торакальной хирургии с подозрением на мезотелиому плевры слева.

### Анамнез жизни

\* страдает ХОБЛ в течение 10 лет, в настоящее время стадия ремиссии \* ИБС: стенокардия напряжения II ф.к. Атеросклероз аорты и коронарных артерий. Постинфарктный кардиосклероз (ОИМ 6 лет назад) \* курит в течение 45 лет, по одной пачке сигарет в день \* в течение 23 лет работал в горнорудной промышленности \* аллергических реакций не было \* наследственность не отягощена

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 170 см, масса тела 76 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При перкуссии над левым легким звук отчетливо укорочен. При аускультации - дыхание над левым легким не проводится; хрипы сухие непостоянные справа. ЧДД 24 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 88 в 1 мин, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

**После удаления экссудата, для уточнения диагноза показано выполнение**

- ультразвукового исследования грудной клетки
- перфузионной сцинтиграфии легких
- позитронно-эмиссионной томографии
- компьютерной томографии

**КТ: левое легкое коллабировано вследствие компрессии, определяется циркулярное утолщение костальной и медиастинальной плевры слева с формированием мягкотканых образований плотностью 45-50НУ, сливающихся в конгломераты, размерами в верхних отделах до 2.5\*1.5 см.**

**В легком определяются округлые образования от 0.5 до 0.8 см в диаметре, с четкими ровными контурами, однородной структуры. Корни легких не расширены. Увеличенные лимф. узлы не визуализируются. Трахея и бронхи проходимы, просветы долевых и сегментарных бронхов не изменены, контур их деформирован, стенки уплотнены. Средостение смещено вправо. Левая плевральная полость тотально заполнена жидкостью, плотностью до 15НУ. Сердце не изменено, имеет обычную конфигурацию и размеры. Правое легкое не изменено. Для определения состояния внутригрудных лимфатических узлов показано выполнение**

- ультразвукографии средостения
- магнитно-резонансной томографии
- радионуклидного исследования с галлием<sup>67</sup>
- линейной (послойной) томографии средостения

**Исследование экссудата плевры не уточнило природу заболевания, для верификации диагноза показана**

- диагностическая торакоскопия
- повторная пункция плевральной полости
- трепан-биопсия плевры
- пункционная биопсия плевры

**При магнитно-резонансной томографии грудной клетки не выявлено увеличения внутригрудных лимф. узлов (все визуализируемые лимф. узлы менее 1 см в диаметре). Пациентке выполнена видео-торакоскопия слева, в ходе которой удалено около одного литра геморрагической жидкости, выполнена ревизия плевральной полости выявившая опухолевое поражение как париетальной, так и висцеральной плевры и произведена биопсия 5 участков опухоли. При гистологическом исследовании биоптатов выявлена мезотелиома плевры, для окончательной верификации диагноза необходимо выполнить**

- иммуногистохимическое исследование
- определение нейронспецифической энолазы крови
- исследование крови на антигены вируса SV 40
- определение раково-эмбрионального антигена крови

**В ходе обследования у пациента диагностирована мезотелиома плевры T2 N0 M0, что соответствует + \_\_\_\_ + стадии заболевания**

- иммуногистохимическое исследование
- определение нейронспецифической энолазы крови
- исследование крови на антигены вируса SV 40
- определение раково-эмбрионального антигена крови

## **Диагноз**

**Одним из важных критериев отбора на операцию, является удовлетворительный функциональный статус, соответствующий \_\_\_\_\_ баллам по шкале ECOG**

- 0-1
- 3-4
- 2-3
- 1-2

**Радикальным методом хирургического лечения мезотелиомы плевры является**

- экстраплевральная пневмонэктомия
- парietальная плеврэктомия с декортикацией легкого
- пневмонэктомия с парietальной плеврэктомией
- расширенная лобэктомия с резекцией парietальной плевры и ребер

**Лучевая терапия в лечении мезотелиомы плевры**

- рекомендуется как самостоятельный метод
- вообще не рекомендуется
- рекомендуется после операции
- рекомендуется в предоперационном периоде

**Лучевая терапия после радикальной операции для уменьшения частоты рецидивов проводится в суммарной дозе + \_\_\_\_\_ + Грэй**

- 30-40
- 40-50
- 50-70
- 20-30

**Лучевая терапия с паллиативной (обезболивающей) целью проводится в суммарной дозе + \_\_\_\_\_ + Грэй**

- 40-50
- 20-30
- 50-70
- 30-40

**Химиотерапия, как самостоятельный метод лечения мезотелиомы плевры**

- показана после радикальной операции
- никогда не используется
- показана в предоперационном периоде
- показана неоперабельным больным

## **Типичная схема первой линии химиотерапии мезотелиомы плевры включает цисплатин (карбоплатин) и**

- показана после радикальной операции
- никогда не используется
- показана в предоперационном периоде
- показана неоперабельным больным

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 77 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования.

### **Жалобы**

На постоянные боли в грудной клетке справа, кашель и общую слабость.

### **Анамнез заболевания**

Указанные жалобы беспокоят около 3 месяцев. К врачу не обращался. Неделю тому назад при профилактической флюорографии в верхней доле правого легкого обнаружено периферическое бугристое образование 6.5\*4.5 см с нечетким контуром и участком инфильтрации по направлению к корню. Кроме того, отмечено расширение корня легкого справа. Консультирован фтизиатром, данных за специфическую патологию не выявлено и пациент направлен на консультацию к торакальному хирургу с подозрением на злокачественную опухоль легкого.

### **Анамнез жизни**

\* страдает сахарным диабетом 2 типа, легкое течение, в течение 5 лет, в настоящее время фаза компенсации \* курит сигареты в течение 46 лет, по пачке сигарет в день \* профессиональных вредностей не имеет \* аллергических реакций не было \* отец скончался от рака пищевода

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 70 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. Дыхание жесткое, выслушивается хорошо во всех отделах; хрипы сухие непостоянные с обеих сторон. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в 1 мин, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

**Признаками злокачественного характера опухоли у пациента являются: бугристость, лучистость контуров и наличие**

- очагов отсева
- петрификатов в проекции опухоли
- долевого ателектаза
- лимфогенной дорожки

**Для диагностики местной распространенности опухолевого процесса больному показано выполнение**

- ультразвукового исследования грудной клетки
- рентгенография в 2х проекциях
- компьютерной томографии
- линейной (послойной) томографии

**При спиральной компьютерной томографии легких у пациента в С3 верхней доли правого легкого обнаружено периферическое бугристое образование 6.5\*4.5\*3.2 см с нечетким контуром, связанное с висцеральной плеврой и имеющее «дорожку» (лимфостаз) по направлению к корню легкого; кроме того, выявлены увеличенные до 1.5 см лимф. узлы верхнего средостения справа. Изменений в других отделах легких нет. При подозрении на злокачественную опухоль легкого, обязательным диагностическим методом обследования должно быть**

- ультразвуковое исследование грудной клетки
- выполнение фибробронхоскопии
- оперативное диагностическое вмешательство
- определение опухолевых маркеров в крови

**При фибробронхоскопии у пациента обнаружены гиперемия и отек слизистой третьего сегментарного бронха верхней доли правого легкого; бронх щелевидно сужен; прямых визуальных признаков опухоли не выявлено. Для верификации диагноза в рассматриваемом случае фибробронхоскопии должна быть дополнена**

- чрезбронхиальной биопсией
- забором смывов из бронхов
- флюоресцентным исследованием
- нативным прокрашиванием

**У пациента диагностирован периферический плоскоклеточный рак правого легкого (S3) размерами 6.5\*4.5 см, что соответствует символу T + \_\_\_\_ + по системе TNM (2009г.)**

- 3
- 1b
- 2a
- 2b

**По данным компьютерной томографии у пациента увеличены (до 1.5 см.) лимфатические узлы средостения справа, для верификации их метастатического поражения показана**

- медиастиноскопия
- медиастинотомия по Чемберлену
- прескаленная биопсия по Даниельсу
- видео-торакоскопия



**При подозрении (в данном случае нет) на метастатическое поражение костей скелета показано**

- выполнение остеосцинтиграфии
- проведение ретгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- исследование онкомаркеров крови
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы

**В ходе обследования (выполнена видеомедиастиноскопия по Карленсу, произведена биопсия 4 групп лимфатических узлов средостения; при патоморфологическом исследовании метастатического поражения лимф. узлов не выявлено). У больного диагностировано поражение T2bN1M0, что соответствует + \_\_\_\_ + стадии рака легкого**

- выполнение остеосцинтиграфии
- проведение ретгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- исследование онкомаркеров крови
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы

### **Диагноз**

**После неоадьювантной терапии пациенту планируется анатомическая резекция верхней доли правого легкого и**

- ипсилатеральная медиастинальная лимфодиссекция
- удаление «сторожевых» лимфатических узлов
- двусторонняя медиастинальная лимфодиссекция
- выборочная медиастинальная лимфодиссекция

**При патоморфологическом исследовании удаленной доли следует указать: гистологическое строение опухоли, pT, pN и**

- состояние окружающей опухоль паренхимы
- наличие изменений в медиастинальной клетчатке
- характер изменений висцеральной плевры
- состояние краев резекции

**После радикальной операции с распространенностью опухолевого процесса T2bN1M0 (IIA ст.), в дальнейшем требуется**

- проведение адьювантной химиотерапии
- проведение первой линии иммунотерапии
- наблюдение онколога по месту жительства
- конформная лучевая терапия

**Диспансерное наблюдение представленного пациента следует проводить с периодичностью каждые + \_\_\_\_ + месяца в течение первых трех лет**

- проведение адъювантной химиотерапии
- проведение первой линии иммунотерапии
- наблюдение онколога по месту жительства
- конформная лучевая терапия

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациент 57 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования.

### Жалобы

На сухой кашель и боли в грудной клетке слева.

### Анамнез заболевания

Заболел 2 месяца назад, когда появились упомянутые жалобы. Обратился в поликлинику к участковому терапевту. Была выполнена рентгенография легких, после чего был поставлен диагноз – левосторонняя верхне-долевая пневмония. Назначенное амбулаторное лечение (в том числе амоксиклав), привело к кратковременному улучшению самочувствия. Был осмотрен фтизиатром, данных за специфическую патологию не выявлено и пациент направлен на консультацию к торакальному хирургу. Госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования, в связи с наличием ателектаза верхней доли левого легкого.

### Анамнез жизни

\* страдает пояснично-крестцовым радикулитом \* курит в течение 35 лет, по одной пачке сигарет в день \* профессиональных вредностей не имеет \* аллергических реакций не было \* отец скончался от рака легкого

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 77 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, над левым легким ослаблено; хрипы сухие непостоянные с обеих сторон. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 82 в 1 мин, АД 140/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

**Ателектаз легкого (выявленный у пациента) является, как правило, следствием**

- гидроторакса
- пневмоторакса
- бронхообтурации
- гемоторакса

**У пациента заподозрен рак левого легкого, для диагностики местной распространенности опухолевого процесса у больного, показано выполнение**

- магнитно-резонансной томографии

- компьютерной томографии
- ультразвукового исследования грудной клетки
- линейной (послойной) томографии

**Основной целью бронхологического исследования при центральной опухоли легкого является**

- оценка сопутствующего воспалительного процесса
- морфологическое подтверждение диагноза
- обнаружение компрессии бронхов лимфатическими узлами
- определение возможности резекции легкого

**При спиральной компьютерной томографии определяется интенсивное однородное затенение верхней доли левого легкого – ателектаз доли, междолевая щель смещена вверх и вперед в виде дуги (симптом «воздушного серпа»); в корне левого легкого обнаруживается округлая опухоль диаметром около 2 см, расположенная в устье верхне- долевого бронха и полностью обтурирующая его просвет. Увеличены до 1.5 лимфатические узлы аортального окна и бифуркации трахеи; обращает внимание высокое стояние левого купола диафрагмы и смещение средостения влево. Правое легкое и правые лимфатические узлы без патологических изменений. Для верификации диагноза в рассматриваемом случае показано выполнение**

- трансторакальной пункционной биопсии
- фибробронхоскопии с биопсией
- транспищеводной тонкоигльной биопсии
- прескаленной биопсии по Даниельсу

**У пациента при фибробронхоскопии обнаружена розовая бугристая легко кровоточащая опухоль расположенная в устье левого верхнедолевого бронха и полностью обтурирующая его просвет. Произведена щипцевая биопсия 3 фрагментов опухоли и при последующем патоморфологическом исследовании диагностирован плоскоклеточный рак. Диагностирован центральный рак левого верхнедолевого бронха с ателектазом верхней доли, что соответствует символу T + \_\_\_\_ + по системе TNM (2009г.)**

- 3
- 2
- 1 в
- 4

**По данным компьютерной томографии у пациента увеличены (до 1.5 см.) лимфатические узлы бифуркации трахеи, для верификации их метастатического поражения показана**

- видео-торакоскопия

- медиастинотомия по Чемберлену
- медиастинотомия по Стримеру
- медиастиноскопия

**При подозрении на метастатическое поражение костей скелета показано**

- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- проведение ретгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- выполнение остеосцинтиграфии
- исследование онкомаркеров крови

**В ходе обследования у больного диагностировано поражение T2N1M0, что соответствует +\_\_\_\_+ стадии рака легкого**

- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- проведение ретгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- выполнение остеосцинтиграфии
- исследование онкомаркеров крови

**Диагноз**

**Пациенту (с T2aN1M0) планируется анатомическая резекция верхней доли левого легкого и**

- выборочная медиастинальная лимфодиссекция
- двусторонняя медиастинальная лимфодиссекция
- биопсия «сторожевых» лимфатических узлов
- ипсилатеральная медиастинальная лимфодиссекция

**При патоморфологическом исследовании удаленной доли следует указать: гистологическое строение опухоли, pT, pN и**

- состояние окружающей опухоль паренхимы
- характер изменений висцеральной плевры
- наличие изменений в медиастинальной клетчатке
- состояние краев резекции

**После радикальной операции с распространенностью опухолевого процесса T2N1M0 (IIA ст.), в дальнейшем требуется проведение**

- первой линии иммунотерапии
- адъювантной химиотерапии
- симптоматической терапии по месту жительства
- конформной лучевой терапии

**Диспансерное наблюдение пациентов следует проводить с периодичностью каждые +\_\_\_\_+ месяца в течение первых трех лет**

- первой линии иммунотерапии
- адъювантной химиотерапии
- симптоматической терапии по месту жительства
- конформной лучевой терапии

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Пациент 72 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования.

### Жалобы

На сухой кашель, субфебрильную лихорадку по вечерам, одышку при подъеме на 2 этаж и боли в грудной клетке справа.

### Анамнез заболевания

Считает, что заболел 6 месяцев назад, когда появились указанные жалобы.

Обратился в поликлинику к участковому терапевту. Была выполнена рентгенография легких, после чего был поставлен диагноз – правосторонняя верхнедолевая пневмония. От предложенной госпитализации отказался.

Назначенное амбулаторное лечение, привело к кратковременному улучшению самочувствия – «перестал лихорадить». Был обследован в

противотуберкулезном диспансере, данных за специфическую патологию не выявлено и пациент направлен на консультацию к торакальному хирургу.

Госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования, в связи с наличием ателектаза верхней доли правого легкого.

### Анамнез жизни

\* страдает ХОБЛ в течение 10 лет, в настоящее время стадия ремиссии \* ИБС: стенокардия напряжения II ф.к. Атеросклероз аорты и коронарных артерий.

Постинфарктный кардиосклероз (ОИМ 6 лет назад) \* курит в течение 50 лет, по одной пачке сигарет в день \* пенсионер \* аллергических реакций не было \* отец скончался от рака гортани

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Рост 172 см, масса тела 74 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, над правым легким ослаблено; хрипы сухие непостоянные с обеих сторон. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, глухие ЧСС 82 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

**Ателектаз доли легкого (выявленный у пациента) является, как правило, следствием**

- хилоторакса
- бронхообструкции
- гидроторакса
- пневмоторакса

**Для диагностики местной распространенности опухолевого процесса у больного показано выполнение**

- магнитно-резонансной томографии
- компьютерной томографии
- линейной (послойной) томографии
- ультразвукового исследования грудной клетки

**При спиральной компьютерной томографии определяется интенсивное неоднородное затенение верхней доли правого легкого – ателектаз доли, междолевая щель смещена вверх; в корне левого легкого обнаруживается округлая опухоль диаметром около 2.5 см, расположенная в устье правого верхне- долевого бронха и на 2/3 обтурирующая его просвет. Увеличены от 1.3 до 1.8 см трахео-бронхиальные и бифуркации лимфатические узлы; обращает внимание высокое стояние правого купола диафрагмы. Левое легкое и лимфатические узлы слева без патологических изменений. Основной целью бронхологического исследования при центральной опухоли легкого в первую очередь является**

- обнаружение компрессии бронхов лимфатическими узлами
- оценка сопутствующего воспалительного процесса
- морфологическое подтверждение диагноза
- определение возможности резекции легкого

**Для верификации диагноза в рассматриваемом случае показано выполнение**

- обнаружение компрессии бронхов лимфатическими узлами
- оценка сопутствующего воспалительного процесса
- морфологическое подтверждение диагноза
- определение возможности резекции легкого

### **Результаты обследования**

При фибробронхоскопии в правом верхнедолевом бронхе обнаружено образование розового цвета с фибринозным налетом обтурирующая просвет бронха на 2/3. Произведена щипцевая биопсия 4 фрагментов опухоли и слизистой. При последующем патоморфологическом исследовании диагностирован плоскоклеточный рак.

**У пациента диагностирован центральный плоскоклеточный рак верхне- долевого бронха справа с распространением на главный (2.5 см от карины) и ателектазом доли, что соответствует символу T + \_\_\_\_ + по системе TNM (2009г.)**

- 3
- 4
- 1 в
- 2

**По данным компьютерной томографии у пациента увеличены (до 1.8 см.) ипсилатеральные лимфатические узлы средостения, для гистологической верификации их метастатического поражения показана**

- медиастинотомия по Чемберлену
- медиастиноскопия
- видео-торакоскопия
- медиастинотомия по Стримеру

**Пациенту была выполнена медиастиноскопия шейным доступом и выполнена биопсия 5 групп средостенных лимф. узлов; при гистологическом исследовании биоптатов обнаружено метастатическое поражение правых трахео-бронхиальных лимфатических узлов. При подозрении на метастатическое поражение костей скелета показано**

- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- проведение ретгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- исследование онкомаркеров крови
- выполнение остеосцинтиграфии

**В ходе обследования у больного диагностировано опухолевое поражение T2N2M0, что соответствует + \_\_\_\_\_ + стадии рака легкого**

- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы
- проведение ретгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- исследование онкомаркеров крови
- выполнение остеосцинтиграфии

### **Диагноз**

**Пациенту раком легкого, в стадии T2N2M0 (IIIA) показано комбинированное лечение, которое следует начинать с**

- иммунотерапии пембролизумабом
- конформной лучевой терапии
- радикального оперативного вмешательства
- неоадьювантной химиотерапии

**При патоморфологическом исследовании удаленной доли следует указать: гистологическое строение опухоли, pT, pN и**

- состояние краев резекции
- наличие изменений в медиастинальной клетчатке
- характер изменений висцеральной плевры
- состояние окружающей опухоль паренхимы

**После радикальной операции с распространенностью опухолевого процесса T2N2M0 (IIIA ст.), в дальнейшем требуется**

- конформная лучевая терапия
- адъювантная химиотерапия
- проведение первой линии иммунотерапии
- симптоматическая терапия по месту жительства

**Диспансерное наблюдение пациентов следует проводить с периодичностью каждые + \_\_\_\_ + месяца в течение первых трех лет**

- конформная лучевая терапия
- адъювантная химиотерапия
- проведение первой линии иммунотерапии
- симптоматическая терапия по месту жительства

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 46 лет госпитализирован в отделение торакальной хирургии для обследования.

### **Жалобы**

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

### **Анамнез заболевания**

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

### **Анамнез жизни**

\* страдает пояснично-крестцовым радикулитом \* курит в течение 28 лет, по две пачки сигарет в день \* работает сантехником \* алкоголь употребляет умеренно \* аллергических реакций не было \* мать скончалась от рака молочной железы

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Рост 178 см, масса тела 64 кг. Кожный покров обычной окраски и влажности. Периферические лимф. узлы не увеличены. При аускультации дыхание жесткое, над правым легким несколько ослаблено; хрипы сухие непостоянные с обеих сторон. ЧДД 20 в 1 мин. Тоны сердца ритмичные, глухие ЧСС 80 в 1 мин, АД 130/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены.

**Ателектаз сегмента легкого является, как правило, следствием**

- воспалительной инфильтрации
- стеноза бронха



- гидроторакса
- пневмоторакса

**При подозрении на опухолевый процесс в легком больному показано выполнение**

- воспалительной инфильтрации
- стеноза бронха
- гидроторакса
- пневмоторакса

### **Результаты обследования**

Спиральная компьютерная томография обнаружила интенсивное однородное затемнение второго сегмента (С2) верхней доли правого легкого – сегментарный ателектаз; в просвете С2 обнаруживается овоидной формы опухоль диаметром около 1.5 см, расположенная в устье второго сегментарного бронха верхней доли правого легкого, обтурирующая его просвет. Увеличены от 1.5 до 2.8 см трахео-бронхиальные и бифуркационные лимфатические узлы; обращает внимание наличие 150 мл жидкости в правой плевральной полости. Левое легкое и лимфатические узлы слева без патологических изменений.

**Основной целью бронхологического исследования при центральной опухоли легкого в первую очередь является**

- обнаружение компрессии бронхов лимфатическими узлами
- оценка сопутствующего воспалительного процесса
- определение возможности резекции легкого
- морфологическое подтверждение диагноза

**Для верификации диагноза в рассматриваемом случае показано выполнение**

- транспищеводной тонкоигольной биопсии
- фибробронхоскопии с биопсией
- трансторакальной пункционной биопсии
- прескаленной биопсии по Даниельсу

**При фибробронхоскопии в сегментарном бронхе С2 верхней доли правого легкого обнаружено красное бугристое образование кровоточащее при контакте, полностью обтурирующее просвет сегментарного бронха.**

**Произведена щипцовая биопсия 2 фрагментов опухоли и слизистой. При последующем патоморфологическом исследовании диагностирован мелкоклеточный (овсяноклеточный) рак. У пациента диагностирован центральный мелкоклеточный рак второго сегмента справа без инвазии в долевой бронх, что соответствует символу Т + \_\_\_\_ + по системе TNM (2009г.)**

- 1
- 3
- 2

**Учитывая мелкоклеточную природу выявленного рака легкого, для исключения отдаленных метастазов в первую очередь показана**

- церебральная ангиография сосудов головного мозга
- обзорная рентгенография черепа в 2 проекциях
- магнитно-резонансная томография головного мозга
- электроэнцефалография головного мозга

**Магнитно-резонансная томография данных за наличие изменений очагового и диффузного характера в веществе мозга не выявила. Для исключения метастатического поражения костей скелета показано**

- исследование онкомаркеров крови
- выполнение остеосцинтиграфии
- проведение рентгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы

**В ходе обследования у больного диагностирована мелкоклеточная карцинома T1N0M0, что соответствует +\_\_\_\_+ стадии рака легкого**

- исследование онкомаркеров крови
- выполнение остеосцинтиграфии
- проведение рентгенографии позвоночника и длинных трубчатых костей
- определение в крови кальция и щелочной фосфатазы

**Диагноз**

**Выполнение оперативного вмешательства возможно при +\_\_\_\_+ стадии мелкоклеточного рака легкого**

- IIIA
- IIB
- IIA
- I

**При патоморфологическом исследовании удаленной доли следует указать: гистологическое строение опухоли, pT, pN и**

- характер изменений висцеральной плевры
- наличие изменений в медиастинальной клетчатке
- состояние краев резекции
- состояние окружающей опухоль паренхимы

**После радикальной операции по поводу мелкоклеточного рака легкого T1N0M0 (IA ст.), в дальнейшем рекомендуется профилактическое облучение**

- головного мозга
- области печени
- противоположного легкого
- зоны надпочечников

**Суммарная доза профилактического облучения головного мозга составляет + \_\_\_\_\_ + грэй**

- головного мозга
- области печени
- противоположного легкого
- зоны надпочечников

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Пациент 71 года направлен районным врачом-онкологом в федеральный онкологический центр.

### **Жалобы**

На тянущие боли внизу живота, периодическую рвоту, слабость, примесь крови в моче, сгустки.

### **Анамнез заболевания**

Первый раз обратил внимание на примесь крови в моче около 2х лет назад, за мед. помощью не обращался. Месяц назад ОЗМ, установлен уретральный катетер, проведено обследование. Гематурия купирована, удален уретральный катетер. Направлен к районному онкологу. После осмотра районным онкологом направлен в ФГБУ НМИЦ онкологии Минздрава России.

### **Анамнез жизни**

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – водитель \* хронические заболевания – бронхит, остеохондроз грудного, поясничного отделов позвоночника, гепатит С \* курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональные вредности – контакт с ароматическими аминами и их производными; изменение газового состава воздуха, шум и вибрация; нервно-психическое, зрительное, \* аллергические реакции - НПВС отец ЗНО предстательной железы, мать ЗНО молочной железы

### **Объективный статус**

Рост 176 см, вес 72 кг. + Состояние больного - удовлетворительное. Сознание ясное. + Телосложение – гипостеническое. Т=36.6°С. Кожные покровы бледные. + Периферические лимфоузлы: паховые не увеличены, надключичные не увеличены. + Подключичные не увеличены, подмышечные не увеличены. + Дыхание жесткое. Ps - 88 в мин., АД 110/70 мм рт. ст. + Тоны сердца- приглушены, ритмичные. + Язык- обложен белым налетом, живот- мягкий

безболезненный. + Печень и селезенка – не увеличены. + Стул без особенностей. + Урогенитальный статус + Почки не пальпируются. + С-м поколачивания - отрицательный справа, слабоположительный слева. + Область мочевого пузыря - без особенностей, наружные половые органы развиты правильно, без особенностей. + Пальцевой ректальный осмотр + Простата 4х4 см, тугоэластичной плотности. + Болезненность: безболезненна, междолевая борозда не определяется. + Парапростатическое пространство не инфильтрировано.

**Физикальный осмотр включает**

- головного мозга
- области печени
- противоположного легкого
- зоны надпочечников

**Результаты обследования**

**Для постановки диагноза обязательными инструментальными методами обследования являются**

- головного мозга
- области печени
- противоположного легкого
- зоны надпочечников

**Результаты инструментальных методов обследования**

**Обязательными дополнительными методами обследования являются**

- головного мозга
- области печени
- противоположного легкого
- зоны надпочечников

**Результаты обследования**

**Основным диагнозом является Рак мочевого пузыря + \_\_\_\_\_ + St + \_\_\_\_ + , кл. гр**

- головного мозга
- области печени
- противоположного легкого
- зоны надпочечников

**Диагноз**

**Наиболее информативным вариантом гистологической верификации является**

- МРТ органов малого таза
- определение опухолевых маркеров
- трансуретральная биопсия
- УЗИ органов малого таза, почек

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в**  
**+ \_\_\_\_\_ + условиях**

- стационарных
- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- амбулаторных (на дому)
- амбулаторных («дневной стационар»)

**Первым этапом лечения пациенту необходимо выполнить**

- химиолучевую терапию
- симптоматическое лечение
- неoadъювантную химиотерапию
- лучевую терапию

**Рекомендованной схемой неoadъювантной химиотерапии является**

- BEP, MVAC
- CAP, VAC, GC
- EP, BEP, MVAC
- MVAC, CMV и GC

**При радикальной цистэктомии в объем операции у мужчин входит удаление**

**+ \_\_\_\_\_ + .**

**При опухолевом поражении простатической части уретры рекомендовано выполнение уретерэктомии**

- отдельно мочевого пузыря с покрывающей его брюшиной и паравезикальной клетчаткой, отдельно предстательной железы с семенными пузырьками, двусторонняя тазовая лимфаденэктомия
- единым блоком мочевого пузыря с покрывающей его брюшиной и паравезикальной клетчаткой, предстательной железы с семенными пузырьками
- единым блоком мочевого пузыря с покрывающей его брюшиной и паравезикальной клетчаткой
- единым блоком мочевого пузыря с покрывающей его брюшиной и паравезикальной клетчаткой, предстательной железы с семенными пузырьками, двусторонняя тазовая (подвздошно-обтураторная) лимфаденэктомия

**Наблюдение после выписки из стационара**

- включает КТ, МРТ, внутривенная урография 1 раз в 2 года
- включает УЗИ малого таза, брюшной полости, почек, рентгенография грудной клетки, общий и биохимический анализы крови 1 раз в 3 месяца в течение 1-го года, в следующие 3 года 1 раз в 6 месяцев, затем 1 раз в год
- включает осмотр онколога 1 раз в 6 месяцев
- не проводится

### **Опухолевыми маркёрами рака мочевого пузыря являются**

- РЭА, SCC
- ПСА, ЛДГ, ХГЧ
- UBC, ВТА
- РЭА, СА 19.9

### **К факторам риска развития рака мочевого пузыря относят**

- РЭА, SCC
- ПСА, ЛДГ, ХГЧ
- UBC, ВТА
- РЭА, СА 19.9

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 42 лет обратилась к врачу-онкологу.

### **Жалобы**

На боли внизу живота, увеличение живота в размерах, одышку при ходьбе, выраженную слабость, повышенную утомляемость.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной в течение 3 месяцев, когда живот увеличился в размерах.

### **Анамнез жизни**

ТВС, вен. вирусные гепатиты отрицает. Операции – в возрасте 11 лет аппендэктомия. Гемотрансфузионный анамнез не отягощен. Б-2, Р-0, А-2, с/а-0. Нарушений менструального цикла нет. Менструации, умеренные, без сгустков, б/болезненные. Аллергоанамнез не отягощен. Наследственность не отягощена.

### **Объективный статус**

Общее состояние относительно удовлетворительное. Сознание ясное. АД 115/70 мм рт. ст. Т = 36,6°C. Кожные покровы бледные, сухие. Лимфоузлы, доступные пальпации, не увеличены. Живот увеличен за счет асцита, умеренно напряжен, безболезненный. Умеренно выраженное варикозное расширение подкожных вен нижних конечностей. Синдром раздражения брюшины отрицательный. Одышка при ходьбе, в покое нет. Справа дыхание везикулярное, хрипов нет, ясный легочной звук. Слева – дыхание выслушивается до 2 ребра, ниже 2 ребра тупой перкуторный звук, дыхание не выслушивается. Физиологические отправления: стул нормальный, диурез - олигурия. Моча светло-желтого цвета. Периферических отеков нет. Рост=156 см, вес=70 кг. ППТ=1,74 м<sup>2</sup>.

Гинекологический осмотр: Наружные половые органы без видимой патологии. Шейка матки цилиндрической формы, без патологических изменений. Матка с придатками четко не пальпируются из-за напряженного асцита. При осмотре через прямую кишку: на уровне, достижимом пальцем, патологии не выявлено. На перчатке следы кала.

**Учитывая данные анамнеза и объективного осмотра, пациентке назначено УЗИ органов малого таза и брюшной полости: асцит, сонографически опухоль яичников, мелкоузловая миома матки, диффузные изменения печени, диффузные изменения паренхимы поджелудочной железы, забрюшинные лимфоузлы не визуализируются. Для уточнения диагноза необходимо выполнить лабораторное исследование - определение**

- РЭА, SCC
- ПСА, ЛДГ, ХГЧ
- UBC, ВТА
- РЭА, СА 19.9

### **Результаты лабораторного метода обследования**

#### **Дополнительная информация**

В плане дообследования пациентке выполнено: \* ЭГДС заключение поверхностный гастродуоденит, эндоскопические признаки грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. \* Выполнена пункция передней брюшной стенки, взята асцитическая жидкость на цитологический анализ. Ц/а № 1420-1421: клетки карциномы железистого строения.

**Для оценки распространенности опухолевого процесса следует выполнить**

- РЭА, SCC
- ПСА, ЛДГ, ХГЧ
- UBC, ВТА
- РЭА, СА 19.9

### **Результаты обследования**

**Больная консультирована торакальным онкологом: показано проведение торакоцентеза слева. Ц/анализ пункции плевральной полости слева: группы клеток карциномы железистого строения на фоне реактивно-измененного мезотелия. У пациентки можно предположить диагноз**

- РЭА, SCC
- ПСА, ЛДГ, ХГЧ
- UBC, ВТА
- РЭА, СА 19.9

### **Диагноз**

**Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- РЭА, SCC
- ПСА, ЛДГ, ХГЧ
- UBC, ВТА
- РЭА, СА 19.9

## **Результаты обследования**

**Первым этапом комплексного лечения больной показано проведение**

- гормонотерапии
- хирургического этапа лечения
- сочетанной химиолучевой терапии
- неoadъювантной полихимиотерапии

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в**  
**+ \_\_\_\_\_ + условиях**

- стационарных (отделения паллиативной терапии)
- специализированных стационарных
- стационарных (отделения интенсивной терапии)
- амбулаторных (на дому)

**В данном клиническом случае является предпочтительной схема**  
**противоопухолевой лекарственной терапии**

- доцетаксел 75 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в 1 день, каждые 3 недели
- гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в 1-й, 8-й, 15-й дни 28-дневного курса
- цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в 1 день {plus} этопозид 100 мг внутрь в 1-й – 7й дни 21 дневного курса
- паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/в 3 часа в 1-й день, карбоплатин AUC 6 в/в 1 час в 1-й день 21-дневного курса

**В данной клинической ситуации для оценки эффекта проводимой**  
**неoadъювантной химиотерапии по критериям RECIST 1.1 целесообразно**  
**использовать**

- компьютерную томографию органов брюшной полости и малого таза
- УЗИ органов малого таза и органов брюшной полости
- гинекологический осмотр каждые два месяца в течение года
- рентгенограмму органов грудной клетки в динамике

**После проведения 3-4 курсов неoadъювантной химиотерапии с**  
**положительным клиническим эффектом очередным этапом комплексного**  
**лечения данной пациентке может быть рекомендовано**

- проведение промежуточной циторедуктивной операции
- проведение гормонотерапии



- плановое динамическое наблюдение до признаков прогрессирования заболевания
- продолжение курсов химиотерапии до 6-8 курсов по другой схеме

**У пациентки после 3 сеансов химиолучевой терапии в ОАК лейкопения ( $2,8 \times 10^9/\text{л}$  (норма  $4-9 \times 10^9/\text{л}$ ), незначительная слабость, тошнота. Тактика дальнейшего ведения заключается в**

- колониестимулирующей терапии, применении кортикостероидов, антиэметиков, гастропротекторов, контроле ОАК, продолжении химиотерапии
- перерыве в лечении на 3 недели, по м/ж гастропротекторной терапии, контроле ОАК
- колониестимулирующей терапии, применении кортикостероидов, антиэметиков, контроле ОАК, плановом перерыве на 2 недели
- продолжении химиотерапии под контролем ОАК

**После лечения наблюдение врача-онколога показано с периодичностью 1 раз в +\_\_+ месяца (ев) в течение**

- колониестимулирующей терапии, применении кортикостероидов, антиэметиков, гастропротекторов, контроле ОАК, продолжении химиотерапии
- перерыве в лечении на 3 недели, по м/ж гастропротекторной терапии, контроле ОАК
- колониестимулирующей терапии, применении кортикостероидов, антиэметиков, контроле ОАК, плановом перерыве на 2 недели
- продолжении химиотерапии под контролем ОАК

### **Дополнительная информация**

При очередном контрольном исследовании через 12 месяцев после завершения лечения выявлен рост СА125 в два раза выше верхней границы нормы (ранее он находился в пределах нормы), по данным УЗИ органов малого таза выявлено образование в малом тазу диаметром 1,5 см. По данным УЗИ органов брюшной полости патологии не выявлено. По данным СРКТ органов грудной клетки патологии не выявлено. При этом каких-либо жалоб не предъявляет.

**Дальнейшей тактикой ведения больной является**

- колониестимулирующей терапии, применении кортикостероидов, антиэметиков, гастропротекторов, контроле ОАК, продолжении химиотерапии
- перерыве в лечении на 3 недели, по м/ж гастропротекторной терапии, контроле ОАК
- колониестимулирующей терапии, применении кортикостероидов, антиэметиков, контроле ОАК, плановом перерыве на 2 недели
- продолжении химиотерапии под контролем ОАК

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Мужчина 78 лет обратился к врачу-онкологу.

### Жалобы

На запоры, общую слабость, снижение веса на 5 кг за 5 месяцев.

### Анамнез заболевания

Считает себя больным в течении 5 месяцев, когда появились вышеуказанные симптомы.

### Анамнез жизни

В анамнезе у пациента 10 лет назад паховое грыжесечение справа.

### Объективный статус

\* Состояние удовлетворительное. Вес 76 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6°C. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Грудные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 17 уд в мин.  $PO_2$  98% \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 77 уд в мин, АД 120/70 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

### К методу обследования для постановки диагноза относятся

- колониестимулирующей терапии, применении кортикостероидов, антиэметиков, гастропротекторов, контроле ОАК, продолжении химиотерапии
- перерыве в лечении на 3 недели, по м/ж гастропротекторной терапии, контроле ОАК
- колониестимулирующей терапии, применении кортикостероидов, антиэметиков, контроле ОАК, плановом перерыве на 2 недели
- продолжении химиотерапии под контролем ОАК

### Результаты обследования

Наиболее информативным методом постановки диагноза является

- колониестимулирующей терапии, применении кортикостероидов, антиэметиков, гастропротекторов, контроле ОАК, продолжении химиотерапии
- перерыве в лечении на 3 недели, по м/ж гастропротекторной терапии, контроле ОАК
- колониестимулирующей терапии, применении кортикостероидов, антиэметиков, контроле ОАК, плановом перерыве на 2 недели
- продолжении химиотерапии под контролем ОАК

## **Результаты обследования**

### **Предполагаемым основным диагнозом является**

- рак ректосигмоидного соединения
- рак сигмовидной кишки сT3N0M0
- рак сигмовидной кишки сT4N0M0
- рак нисходящей кишки сT4N0M0

### **Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- ЭКГ
- УЗИ органов малого таза
- УЗИ органов брюшной полости, МРТ головного мозга
- СРКТ органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в**  
+ \_\_\_\_\_ + условиях

- стационарных
- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- амбулаторных (на дому)
- стационарных («дневного стационара»)

### **Пациенту показано лечение**

- химиолучевое
- химиотерапевтическое
- хирургическое
- лучевое

### **Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме**

- левосторонней гемиколэктомии
- передней резекции прямой кишки
- резекции сигмовидной кишки
- брюшно-промежностной экстирпации

**К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся**

- бронхолитики
- антибиотики
- центральные аналептики
- ингибиторы протонной помпы

**На основании данного гистологического заключения операционного материала: Г/а: - умеренно дифференцированная аденокарцинома с изъязвлением, хроническим воспалением, фиброзом, прорастанием подслизистой основы, мышечной оболочки, инвазией в субсерозную основу, перинеуральные и сосудистые пространства. pT3N0. Линии резекции без признаков опухолевого роста, можно выставить диагноз**

- бронхолитики
- антибиотики
- центральные аналептики
- ингибиторы протонной помпы

**Диагноз**

**Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать**

- динамическое наблюдение
- определение уровня микросателлитной нестабильности (MSI)
- дистанционную лучевую терапию на зону удаленной опухоли
- адъювантную иммунотерапию препаратами рекомбинантных интерферонов

**Наблюдение у районного врача-онколога пациенту показано с периодичностью 1 раз в +\_\_\_+ месяца (ев) в течение**

- 6; 2 лет
- 12; 2 лет
- 3; первых 2 лет и далее каждые 6 месяцев в последующие 3 года
- 6; 5 лет

**КТ органов грудной и брюшной полости с внутривенным контрастированием выполняется однократно через +\_\_\_\_+ месяцев(а) после операции**

- 6; 2 лет
- 12; 2 лет
- 3; первых 2 лет и далее каждые 6 месяцев в последующие 3 года
- 6; 5 лет

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Женщина 43 лет обратилась к врачу-гинекологу.

### Жалобы

На периодические контактные кровомазания около 6 месяцев, обильное кровотечение из влагалища в июле

### Анамнез заболевания

Считает себя больной в течение нескольких месяцев, когда впервые появились кровянистые выделения из половых путей после coitus.

### Анамнез жизни

Гинекологический анамнез: Р-1, А-1, ПМ 15.06.2020г. + Эпид. анамнез, трудовой, бытовой анамнез: отрицает. + Вредные привычки: нет. + Туберкулез, гепатит и венерические заболевания: отрицает (со слов больной). + Переливание крови, гемотрасфузии: не было (со слов больной). + Аллергологический анамнез: благоприятный (со слов больной). + Наследственный анамнез: отец - рак легких (со слов больной). + Травмы: не было. + Операции: не было (со слов больной). + Сопутствующие заболевания: (К 29.3) хр. поверхностный гастрит, (N 20) микролиты обеих почек.

### Объективный статус

Общее состояние больной удовлетворительное. + Сознание больной ясное, контактна, хорошо ориентирована в месте и времени, сохранена критика к своему состоянию. + Положение больного в постели: активное. + Рост: средний. Рост 166 см. Телосложение: правильное. + Конституция: нормостеническая. Вес 54 кг. + Площадь поверхности тела  $1,59 \text{ м}^2$  + Индекс массы тела: 19.6. + Данное значение ИМТ соответствует: нормальной массе тела. + Состояние питания: удовлетворительного. + Кожа: обычной окраски. Видимые слизистые – розово-красные. + Лимфатическая система: лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены (в том числе над-, подключичные и подкрыльцовые). + Опорно-двигательный аппарат: + тонус мышц удовлетворительный. + Суставы - правильной формы. + Осева́я нагрузка на позвоночник - безболезненная. Конечности – симметричные. + Температура во время исследования:  $36,6^{\circ}\text{C}$ . + Над легочными полями везикулярное дыхание, хрипов нет. + Тоны сердца ясные, ритмичные. + АД 118/76 мм рт. ст., ЧСС 78 уд/мин. + Молочные железы без особенностей, патологических субстратов не определяется. + Живот мягкий, при пальпации, безболезненный + Печень, селезенка не пальпируются. + Симптом «поколачивания» отрицательный. + Физиологические отправления – мочеиспускание не нарушено, безболезненно. + Стул – 1 раз в день, оформлен.

**Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является**

- 6; 2 лет
- 12; 2 лет
- 3; первых 2 лет и далее каждые 6 месяцев в последующие 3 года

- 6; 5 лет

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- 6; 2 лет
- 12; 2 лет
- 3; первых 2 лет и далее каждые 6 месяцев в последующие 3 года
- 6; 5 лет

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Основным предполагаемым диагнозом является**

- 6; 2 лет
- 12; 2 лет
- 3; первых 2 лет и далее каждые 6 месяцев в последующие 3 года
- 6; 5 лет

### **Диагноз**

**Основным методом лечения пациентки является**

- хирургическое лечение с химиотерапией
- химиотерапия
- хирургическое лечение
- химиолучевая терапия

**Объем облучения включает в себя первичную опухоль и + \_\_\_\_\_ + лимфоузлы**

- паховые
- регионарные
- тазовые
- парааортальные

**Объем облучения на зону регионарного метастазирования должен включать \_\_\_\_\_ лимфатические узлы**

- группы наружных, внутренних подвздошных и запирательные
- пресакральные, параректальные, obturatorные, верхние брыжеечные
- пресакральные, параректальные, obturatorные, паховые, чревные
- пресакральные, параректальные, obturatorные, внутренние подвздошные

**Сочетанная лучевая терапия включает дистанционную конформную и + \_\_\_\_\_ + лучевую терапию**

- внутритканевую
- короткофокусную
- длиннофокусную
- внутриволостную

**Суммарные дозы от курса сочетанной лучевой терапии составляют в т. А + \_\_\_\_\_ + Гр, в т. В + \_\_ + Гр**

- 75; 44-46
- 80-90; 60
- 55; 40-44
- 60-70; 50

**При химиолучевом лечении рака шейки матки чаще всего используют**

- цисплатин в сочетании с фторпиримидинами
- цисплатин 40мг/м<sup>2</sup> 1раз в неделю до 6 недель на фоне ЛТ
- митомицин С в сочетании с антрациклинами (доксорубицин)
- циклофосфан в сочетании с цисплатином

**При планировании дистанционной конформной лучевой терапии понятие CTV-T включает в себя опухолевую инфильтрацию в**

- первичном очаге шейки матки, регионарных лимфатических узлах, прямой кишке и мочевом пузыре
- первичном очаге шейки матки
- регионарных лимфатических узлах
- первичном очаге, матке, параметрии, верхней трети влагалища, крестцово-маточных связках

**При проведении внутриволостной лучевой терапии высокой мощности дозы используются радиоактивные источники**

- <sup>192</sup>Ir и <sup>137</sup>Cs
- <sup>60</sup>Co и <sup>226</sup>Ra
- <sup>60</sup>Co и <sup>192</sup>Ir.
- <sup>92</sup>Ir и <sup>226</sup>Ra

**После завершения химиолучевой терапии рекомендуется алгоритм наблюдения 1 раз в + \_\_ + месяца (ев)**

- <sup>192</sup>Ir и <sup>137</sup>Cs
- <sup>60</sup>Co и <sup>226</sup>Ra
- <sup>60</sup>Co и <sup>192</sup>Ir.
- <sup>92</sup>Ir и <sup>226</sup>Ra

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Мужчина 65 лет направлен районным врачом-онкологом в федеральный онкологический центр.

## **Жалобы**

На примесь крови в моче, периодически затрудненное мочеиспускание малыми порциями, тянущие боли внизу живота, периодическую тошноту, слабость.

## **Анамнез заболевания**

Первый раз обратил внимание на примесь крови в моче около года назад, за мед. помощью не обращался. Полгода назад эпизод гематурии повторился, пациент обратился в поликлинику по месту жительства, проведено обследование, направление к онкологу. У пациента моча стала нормальной окраски, к онкологу пациент не явился. В последние 2 недели примесь крови стала постоянна, через неделю после начала макрогематурии, когда появились боли и затрудненное мочеиспускание пациент обратился к урологу, осмотрен. Направлен к районному онкологу. После осмотра районным онкологом направлен в ФГБУ РНИОИ Минздрава России.

## **Анамнез жизни**

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – шахтер \* хронические заболевания – пылевой бронхит, остеохондроз грудного, поясничного отделов позвоночника \* курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональные вредности – контакт с угольно-породной пылью; изменение газового состава воздуха, шум и вибрация; нерациональное освещение и вентиляция; вынужденное положение тела; нервно-психическое, зрительное, слуховое перенапряжение; тяжелый физический труд, повышенная опасность травматизма \* аллергических реакций не было \* отец - ЗНО желудка, мать - ОИМ

## **Объективный статус**

Рост 178 см, вес 85 кг. + Состояние больного удовлетворительное Сознание ясное. + Телосложение – нормостеническое.  $t=36.6^{\circ}\text{C}$ . Кожные покровы бледные. + Периферические лимфоузлы: паховые не увеличены, надключичные не увеличены. + Подключичные не увеличены, подмышечные не увеличены. + Дыхание жесткое.  $Ps - 86$  в мин., АД 110\70 мм рт. ст. + Тоны сердца приглушены, ритмичные. + Язык обложен белым налетом, живот- мягкий безболезненный. + Печень и селезенка – не увеличены. + Стул без особенностей. + Урогенитальный статус. + Почки не пальпируются. + С-м поколачивания - отрицательный справа, слабopоложительный слева. + Область мочевого пузыря - без особенностей, наружные половые органы развиты правильно, без особенностей. + Пальцевой ректальный осмотр + Простата 4 x 4 см, тугоэластичной плотности. + Болезненность: безболезненна, междолевая борозда не определяется. + Парапростатическое пространство не инфильтрировано.

**При физикальном осмотре данного пациента необходимо**

- $^{192}\text{Ir}$  и  $^{137}\text{Cs}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{226}\text{Ra}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{192}\text{Ir}$ .



- $^{92}\text{Ir}$  и  $^{226}\text{Ra}$

### **Результаты обследования**

**Для постановке диагноза обязательными инструментальными методами обследования являются**

- $^{192}\text{Ir}$  и  $^{137}\text{Cs}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{226}\text{Ra}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{192}\text{Ir}$ .
- $^{92}\text{Ir}$  и  $^{226}\text{Ra}$

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Необходимыми дополнительными методами обследования являются**

- $^{192}\text{Ir}$  и  $^{137}\text{Cs}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{226}\text{Ra}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{192}\text{Ir}$ .
- $^{92}\text{Ir}$  и  $^{226}\text{Ra}$

### **Результаты обследования**

**Основным диагнозом является «Рак мочевого пузыря T +\_\_+ N +\_\_+ M +\_\_+ St +\_\_, кл. гр. 2**

- $^{192}\text{Ir}$  и  $^{137}\text{Cs}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{226}\text{Ra}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{192}\text{Ir}$ .
- $^{92}\text{Ir}$  и  $^{226}\text{Ra}$

### **Диагноз**

**Наиболее информативным вариантом диагностики для уточнения диагноза является**

- определение опухолевых маркеров
- МРТ органов малого таза
- УЗИ органов малого таза, почек
- ТУР-биопсия

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводится в +\_\_\_\_\_+ условиях**

- амбулаторных (на дому)
- амбулаторных («дневной стационар»)
- стационарных
- стационарных (отделение интенсивной терапии)

### **На первом этапе лечения пациенту необходимо выполнить**

- химиолучевую терапию
- неоадьювантную химиотерапию
- симптоматическую терапию
- лучевую терапию

### **Рекомендованной схемой неоадьювантной химиотерапии является**

- CAP, VAC, GC
- BEP, MVAC
- EP, BEP, MVAC
- MVAC, CMV и GC

### **У мужчин рекомендован объём радикальной цистэктомии**

- удаление единым блоком мочевого пузыря с покрывающей его брюшиной и паравезикальной клетчаткой, предстательной железы с семенными пузырьками, двусторонняя тазовая (подвздошно-обтураторная) лимфаденэктомия. При опухолевом поражении простатической части уретры рекомендовано выполнение уретерэктомии
- удаление единым блоком мочевого пузыря с покрывающей его брюшиной и паравезикальной клетчаткой, предстательной железы с семенными пузырьками. При опухолевом поражении простатической части уретры рекомендовано выполнение уретерэктомии
- удаление отдельно мочевого пузыря с покрывающей его брюшиной и паравезикальной клетчаткой, отдельно предстательной железы с семенными пузырьками, двусторонняя тазовая лимфаденэктомия. При опухолевом поражении простатической части уретры рекомендовано выполнение уретерэктомии
- удаление единым блоком мочевого пузыря с покрывающей его брюшиной и паравезикальной клетчаткой. При опухолевом поражении простатической части уретры рекомендовано выполнение уретерэктомии

### **После выписки из стационара пациенту следует рекомендовать**

- динамическое наблюдение и контроль уровня онкомаркеров 1 раз в год
- УЗИ малого таза, брюшной полости, почек, рентгенографию грудной клетки, общий и биохимический анализы крови 1 раз в 3 месяца в течение 1-го года, в следующие 3 года 1 раз в 6 месяцев, затем 1 раз в год
- КТ, МРТ, внутривенную урографию 1 раз в 2 года
- осмотр онколога 1 раз в 6 месяцев, УЗИ брюшной полости, почек, рентгенографию грудной клетки, общий и биохимический анализы крови 1 раз в 6 месяцев в течение 1-го года, в следующие 3 года 1 раз в 9 месяцев, затем 1 раз в год

### **Опухолевыми маркерами рака мочевого пузыря являются**

- UBC, ВТА
- РЭА, СА 19.9
- РЭА, SCC
- ПСА, ЛДГ, ХГЧ

**К факторам риска развития рака мочевого пузыря относят**

- UBC, ВТА
- РЭА, СА 19.9
- РЭА, SCC
- ПСА, ЛДГ, ХГЧ

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 75 лет самостоятельно обратился к врачу-урологу.

### **Жалобы**

На наличие образования в области крайней плоти полового члена, невозможность обнажить головку полового члена.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы в течении 1 года, страдает фимозом в течении 10 лет. К врачу не обращался и не лечился.

### **Анамнез жизни**

В анамнезе сахарный диабет и ишемическая болезнь сердца.

### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 110 кг, рост 170 см. Температура тела 36,1<sup>0</sup>С. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 18 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Грудные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 уд в мин.  $Ro^{2^}$  97% \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 130/80 мм рт. ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. \* Локальный статус у больного фимоз, в области крайней плоти полового члена пальпируется плотное безболезненное образование

размерами 2х2 см, при попытке обнажить головку из-под крайней плоти выдавливается опухолевый детрит и кровянистые выделения

**Для постановки диагноза необходимо выполнить лабораторное обследование**

- UBC, ВТА
- РЭА, СА 19.9
- РЭА, SCC
- ПСА, ЛДГ, ХГЧ

**Результаты обследования**

**Для постановки диагноза необходимо выполнить инструментальное обследование**

- UBC, ВТА
- РЭА, СА 19.9
- РЭА, SCC
- ПСА, ЛДГ, ХГЧ

**Результаты обследования**

**Основным диагнозом в данном клиническом случае является**

- UBC, ВТА
- РЭА, СА 19.9
- РЭА, SCC
- ПСА, ЛДГ, ХГЧ

**Диагноз**

**Для определения тактики лечения необходимо выполнить**

- спиральную компьютерную томографию органов брюшной полости и малого таза
- позитронно-эмиссионную томографию/компьютерную томографию (ПЭТ/КТ)
- биопсию непальпируемого пахового лимфоузла
- спиральную компьютерную томографию головного мозга

**Обследование и лечение пациента должно проводиться в**

**+ \_\_\_\_\_ + условиях**

- амбулаторных («дневной стационар»)
- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- стационарных
- амбулаторных (на дому)

**В данном клиническом случае пациенту показано + \_\_\_\_\_ +  
лечение**

- химиотерапевтическое
- химиолучевое
- лучевое
- хирургическое

**Пациенту показано оперативное вмешательство в объеме**

- ампутации полового члена
- ампутации полового члена, пахово-бедренной двусторонней лимфаденэктомии билатеральной
- циркумцизию, резекции полового члена
- эмаскуляции

**Пациенту в послеоперационном периоде необходимо назначить**

- ампутации полового члена
- ампутации полового члена, пахово-бедренной двусторонней лимфаденэктомии билатеральной
- циркумцизию, резекции полового члена
- эмаскуляции

### **Дополнительная информация**

На основании данного гистологического заключения операционного материала: плоскоклеточная карцинома без ороговения G2 1.5CM в наибольшем измерении толщиной 0.5 мм с эрозированной поверхностью лимфолейкоцитарной инфильтрацией. Признаков инвазии в кровеносные сосуды лимфоваскулярной инвазии и перинеуральной инвазии не обнаружено. Минимальное расстояние от опухоли до края резекции 2. В крайней плоти элементов опухоли не обнаружено. По классификации TNM у данного больного Рак полового члена.

### **Состояние после хирургического лечения**

- T2aN0M1. Стадия IV
- pT1N0M0, Стадия I, кл. гр. 3
- T2N0M0. Стадия II
- T2aN0M0. Стадия Ib

**После выписки из стационара пациенту рекомендовано**

- динамическое наблюдение
- адъювантная иммунотерапия препаратами рекомбинантных интерферонов
- дистанционная лучевая терапия на зону удаленной опухоли
- адъювантная химиотерапия

**К фактору риска развития рака полового члена в данном клиническом случае относят**

- травму
- переохлаждение
- острые респираторные вирусные инфекции в анамнезе
- наличие фимоза на фоне сахарного диабета

**Наблюдение пациента у врача-онколога в течение первого года показано с периодичностью 1 раз в + \_\_\_\_\_ + месяца (ев)**

- травму
- переохлаждение
- острые респираторные вирусные инфекции в анамнезе
- наличие фимоза на фоне сахарного диабета

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 55 лет обратилась к врачу-проктологу.

### **Жалобы**

На боли в области ануса, усиливающиеся перед дефекацией, позывы к опорожнению кишечника 3-4 раза в день, с выделением воздуха и слизи.

### **Анамнез заболевания**

С июля 2020г. появились боли в области прямой кишки, по поводу чего самостоятельно принимала обезболивающие препараты.

### **Анамнез жизни**

Р-2, а-0, менструальный цикл – менопауза с 2005г. (НАМ с правыми придатками по поводу миомы). Эпид. анамнез, трудовой, бытовой анамнез: без особенностей. Вредные привычки: отрицает. Туберкулез, вирусный гепатит, венерические заболевания: отрицает. Переливание крови – отрицает.

Аллергологический анамнез: сезонный полиноз. В 1993г. – резекция яичников с обеих сторон по поводу поликистоза, в 2009г. – экстирпация культи шейки матки, пластика влагалища. Наследственный анамнез: не отягощен.

Фармакологический анамнез – принимает L-тироксин 100 мг. Сопутствующие заболевания: (I83) ВБНК, ХВН 2 ст., 2 ф.кл.; (E03) гипотиреоз; (I11) АГ 2 ст.

### **Объективный статус**

Общее состояние больной удовлетворительное. Сознание ясное, контактна, хорошо ориентирована в месте, во времени, сохранена критика к своему состоянию. Положение в постели: активное. Рост 164 см. Телосложение: правильное. Конституция: астеническая. Вес 71 кг.  $S=1,8 \text{ м}^2$ . Упитанность: умеренная. Кожа: бледная, чистая. Видимые слизистые – розовые. Молочные железы – без патологии. Лимфатическая система: подчелюстные, шейные, аксиллярные лимфатические узлы не пальпируются. Опорно-двигательный аппарат: мышцы - развиты, тонус мышц удовлетворительный. Суставы – не деформированы, не отечны, подвижность сохранена. Осевая нагрузка на

позвоночник – умеренно болезненная в поясничной области. Конечности – симметричные, отеков нет. Температура во время исследования: 36,6°C. Над легочными полями везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичны, АД 130/80 мм рт. ст., ЧСС 80 уд/мин. Живот мягкий, при пальпации безболезненный, печень, селезенка не пальпируются. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Диурез – безболезненный, адекватен водной нагрузке. Стул 1-2 раза в день, оформленный.

**Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является определение в крови уровня маркера**

- травму
- переохлаждение
- острые респираторные вирусные инфекции в анамнезе
- наличие фимоза на фоне сахарного диабета

### **Результаты обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- травму
- переохлаждение
- острые респираторные вирусные инфекции в анамнезе
- наличие фимоза на фоне сахарного диабета

### **Результаты обследования**

**Учитывая жалобы, данные анамнеза, объективного, дополнительного обследования (ректальный осмотр, результаты эндоскопического исследования, результаты МРТ-исследования, гистологическое заключение), установлен диагноз**

- травму
- переохлаждение
- острые респираторные вирусные инфекции в анамнезе
- наличие фимоза на фоне сахарного диабета

### **Диагноз**

**Основным методом лечения является**

- химиотерапия
- хирургическое лечение с химиотерапией
- химиолучевая терапия
- хирургическое лечение

**Хирургическое лечение на первом этапе выполняется пациентам в случае**

- наличия опухоли без признаков кровотечения
- выраженного болевого синдрома
- острого, некупирующегося консервативно кровотечения из опухоли
- постановки диагноза Рак анального канала

**Объем облучения включает в себя первичную опухоль и + \_\_\_\_\_ + лимфоузлы**

- средостенные
- паховые
- регионарные
- чревные

**Объем облучения на зону регионарного метастазирования должен включать пресакральные, параректальные, obturatorные, внутренние подвздошные, паховые и + \_\_\_\_\_ + лимфоузлы**

- внутригрудные
- верхние брыжеечные
- нижние брыжеечные
- чревные

**На первичную опухоль суммарная очаговая доза облучения должна составить + \_\_\_\_\_ + Гр**

- 38-42
- 48-52
- 58-62
- 28-32

**На зону регионарного метастазирования суммарная очаговая доза облучения должна составить + \_\_\_\_\_ + в Гр**

- 20-24
- 40-44
- 30-34
- 50-54

**При химиолучевом лечении рака анального канала используется комбинация химиопрепаратов: + \_\_\_\_\_ + в сочетании с**

- фторпиримидин; доксорубицином
- митомицин С; циклофосфаном
- митомицин С; доксорубицином
- митомицин С; фторпиримидинами



**У пациентки после 9 сеансов химиолучевой терапии в общем анализе крови лейкопения ( $2,8 \times 10^9/\text{л}$ ), незначительная слабость, тошнота. Тактика дальнейшего ведения включает в себя**

- колониестимулирующую терапию, кортикостероиды, антиэметики, контроль общего анализа крови, плановый перерыв на 2 недели
- колониестимулирующую терапию, кортикостероиды, антиэметики, гастропротекторы, контроль общего анализа крови, продолжение химиолучевого лечения
- продолжение химиолучевой терапии под контролем общего анализа крови
- перерыв в лечении на 3 недели, по м/ж гастропротекторная терапия, контроль общего анализа крови

**В течение первого года после завершения химиолучевой терапии рекомендован осмотр и контрольное обследование 1 раз в + \_\_\_\_\_ + или при появлении жалоб**

- колониестимулирующую терапию, кортикостероиды, антиэметики, контроль общего анализа крови, плановый перерыв на 2 недели
- колониестимулирующую терапию, кортикостероиды, антиэметики, гастропротекторы, контроль общего анализа крови, продолжение химиолучевого лечения
- продолжение химиолучевой терапии под контролем общего анализа крови
- перерыв в лечении на 3 недели, по м/ж гастропротекторная терапия, контроль общего анализа крови

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

На прием к врачу-онкологу обратился мужчина 50 лет.

### **Жалобы**

На появление темно-красного образования на коже правой голени.

### **Анамнез заболевания**

Появление данного образования отмечает более 2-х лет. После сезонного летнего отдыха 6 месяцев назад образование стало увеличиваться в размерах.

### **Анамнез жизни**

\* Хронические заболевания отрицает; \* курит, алкоголем не злоупотребляет; \* профессиональных вредностей не имел; \* аллергических реакций не было.

### **Объективный статус**

Регионарные лимфоузлы не увеличены. На коже правой голени отмечается экзофитное образование темно-красного цвета 3х2,5 см, покрытое коркой.

**Для постановки диагноза используется диагностический алгоритм**

- лабораторное обследование, затем цитологическое заключение

- инструментальные исследования, затем цитологическое исследование
- лабораторные и инструментальные обследования, затем цитологическое исследование
- цитологическое заключение, затем лабораторное обследование

**При диагнозе «Рак кожи Т~2~N~0~M~0~» устанавливается + \_\_\_\_\_ + стадия онкологического заболевания**

- III
- II
- I
- IV

**Выполнение лучевой диагностики обязательно при + \_\_\_\_\_ + стадии (иях) процесса**

- I-II
- I
- II
- III-IV

**Пункционная биопсия под контролем ультразвукового исследования/компьютерной томографии проводится**

- по желанию врача
- при подозрении на метастазы по данным компьютерной или магнитно-резонансной томографии
- при отсутствии данных о наличии метастазов по результатам компьютерной или магнитно-резонансной томографии
- по желанию пациента

**Оптимальным видом лечения является**

- лучевой
- иммуномодулирующий
- хирургический
- химиотерапевтический

**При раке кожи до 2 см в диаметре оптимальным отступом от видимых краев опухоли при ее иссечении является отступ в + \_\_\_\_\_ + мм**

- 8-10
- 12
- 2
- 4-6

**При плоскоклеточном раке кожи**

- возможно выполнение кюретажа опухоли с электрокоагуляцией
- показана лучевая терапия при наличии синдрома Горлина - Гольца
- рекомендована профилактическая регионарная лимфаденэктомия
- при отказе от хирургического лечения рекомендуется лучевая терапия

**Для лечения метастатического и нерезектабельного плоскоклеточного рака кожи применяют химиопрепарат**

- цисплатин
- висмодегиб
- преднизон
- трастузумаб

**При отсутствии клинических данных за метастазы в регионарных лимфатических узлах следует**

- наблюдать за состоянием регионарных лимфоузлов в динамике
- осуществить профилактическую лимфодиссекцию ближайшего лимфоколлектора
- провести локальную гипертермию на лимфоколлектор
- применить профилактическую локальную лучевую терапию на лимфоколлектор

**Неверной лечебной тактикой при невозможности хирургического лечения плоскоклеточного рака кожи является**

- фотодинамическая терапия
- лазерная деструкция
- криодеструкция
- электрокоагуляция

**Предпочтительным методом исследования при массивной первичной опухоли с вовлечением костей является**

- магнитно-резонансная томография
- спиральная компьютерная томография
- рентгенологическое исследование
- ультразвуковое исследование

**Ложным параметром гистологического исследования является**

- магнитно-резонансная томография
- спиральная компьютерная томография
- рентгенологическое исследование
- ультразвуковое исследование

**Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Мужчина 75 лет поступил в химиотерапевтическое отделение онкологического диспансера.

## **Жалобы**

На слабость, кашель с трудно отделяемой мокротой.

## **Анамнез заболевания**

В связи с вышеуказанными жалобами обратился к терапевту в поликлинику по месту жительства. Выполнена флюорография, при которой выявлено периферическое образование в левом легком. С целью уточнения диагноза проведена КТ органов грудной полости, при которой в верхней доле левого легкого выявлено периферическое образование 28x27 мм, в S2 правого легкого очаг 7 мм. Направлен в онкологический диспансер для дополнительного обследования и выработки тактики лечения.

## **Анамнез жизни**

\* Хронический бронхит, лекарственные препараты не принимает. \* Алкоголем не злоупотребляет, курил в течение 45 лет до 10 сигарет в день. Не курит 15 лет. \* Профессиональных вредностей не имел \* Аллергические реакции отсутствуют

## **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. В легких дыхание жесткое, хрипов нет. ЧДД 16. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72. АД 130/85 мм рт. ст. Живот мягкий, при пальпации безболезненный во всех отделах. Печень не пальпируется. Физиологические отправления в норме. Т тела 36,6°C. Рост 175 см, вес 84 кг.

**Необходимым для установления диагноза инструментальным методом обследования является**

- магнитно-резонансная томография
- спиральная компьютерная томография
- рентгенологическое исследование
- ультразвуковое исследование

## **Результаты обследования**

**Необходимым для установления наличия отдаленных метастазов методом обследования является**

- магнитно-резонансная томография
- спиральная компьютерная томография
- рентгенологическое исследование
- ультразвуковое исследование

## **Результаты обследования**

**Необходимым дополнительным морфологическим методом исследования является**

- магнитно-резонансная томография

- спиральная компьютерная томография
- рентгенологическое исследование
- ультразвуковое исследование

### **Результаты обследования**

#### **Опираясь на результаты обследования, установлен диагноз (tnm8)**

- магнитно-резонансная томография
- спиральная компьютерная томография
- рентгенологическое исследование
- ультразвуковое исследование

### **Диагноз**

#### **На первом этапе лечения необходимо рекомендовать проведение**

- хирургического вмешательства с удалением всех опухолевых очагов
- симптоматической терапии
- лучевой терапии последовательно на все очаги поражения
- лекарственной противоопухолевой терапии

#### **Основным видом противоопухолевого лечения является**

- таргетная терапия ингибиторами тирозинкиназы
- химиотерапия двойной комбинацией на основе платиновых производных
- монотерапия анти-PD1 или анти- PD-L1 иммунноонкологическим препаратом
- лучевая терапия на все зоны поражения

#### **Препаратом, который может быть использован в первой линии лекарственного лечения у данного пациента, является**

- пембролизумаб
- эрлотиниб
- дурвалумаб
- пеметрексед

#### **Иммунноонкологическим препаратом, который блокирует pd-l1, является**

- ипилимумаб
- атезолизумаб
- ниволумаб
- олапариб

#### **Первая линия иммунотерапии при немелкоклеточном раке легкого может быть прекращена в случае**

- уменьшения размеров метастатических очагов на 20%
- системного прогрессирования заболевания, сопровождающегося клиническим ухудшением
- уменьшения размеров метастатических очагов на 10%
- отсутствия токсических реакций

**Наиболее характерным проявлением токсичности для монотерапии пембролизумабом, является**

- артериальная гипертензия
- отек Квинке
- эндокринопатия (гипо- или гипертиреоз)
- потеря слуха

**Мутацией в гене *egfr*, определяющей резистентность к ингибиторам тирозинкиназ 1 и 2 поколения, является**

- делеция в 19 экзоне
- T790M (20 экзон)
- L858R (21 экзон)
- мутация в 18 экзоне

**При аденогенном раке легкого возможно определение опухолевых маркеров**

- делеция в 19 экзоне
- T790M (20 экзон)
- L858R (21 экзон)
- мутация в 18 экзоне

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 30 лет самостоятельно обратился к врачу-урологу.

### **Жалобы**

Увеличение в размерах правой половины мошонки.

### **Анамнез заболевания**

Вышеуказанные жалобы отметил в течении 1,5 месяцев.

### **Анамнез жизни**

\* В анамнезе в возрасте 7 лет оперирован по поводу правостороннего крипторхизма. \* Аппендэктомия 2 года назад.

### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 178 см. Температура тела 36,2<sup>0</sup>С. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с

обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Грудные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин.  $Ro^{2^{\wedge}99\%}$  \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 120/73 мм рт. ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. В правой подвздошной области п/о рубец длиной 2 см. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

**Основными лабораторными методами обследования для установки диагноза являются**

- делеция в 19 экзоне
- T790M (20 экзон)
- L858R (21 экзон)
- мутация в 18 экзоне

**Результаты обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования для постановки диагноза является**

- делеция в 19 экзоне
- T790M (20 экзон)
- L858R (21 экзон)
- мутация в 18 экзоне

**Результаты обследования**

**На основании данных анамнеза и обследования следует поставить диагноз**  
+ \_\_\_\_\_ + правого яичка

- делеция в 19 экзоне
- T790M (20 экзон)
- L858R (21 экзон)
- мутация в 18 экзоне

**Диагноз**

**Для определения тактики лечения необходимо выполнить**

- определение уровня онкомаркеров рака яичка ( $\alpha$ -фетопротеин, ХГЧ, ЛДГ)
- общий анализ крови
- компьютерную томографию органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза с внутривенным контрастированием
- биопсию опухоли яичка

**Обследование и лечение пациентов должно проводиться в условиях**

- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- амбулаторных (на дому)
- стационарных
- «дневного стационара»

**В данном клиническом случае показано + \_\_\_\_\_ + лечение**

- лучевое
- химиотерапевтическое
- хирургическое
- химиолучевое

**Объем хирургического лечения в данном клиническом случае включает**

- орхфуникулэктомию
- эпидидимэктомию
- резекцию яичка
- орхэктомию

**В послеоперационном периоде применяется группа препаратов**

- орхфуникулэктомию
- эпидидимэктомию
- резекцию яичка
- орхэктомию

**Дополнительная информация**

На основании данного гистологического заключения операционного материала: типичная семинома с умеренной лимфоидной инфильтрацией стромы, наличием лимфоидных фолликулов, очагами некроза. В оболочках яичка элементов опухоли нет. В семенном канатике элементов опухоли не обнаружено. В крае резекции семенного канатика элементов опухоли не обнаружено.

**По классификации TNM у данного больного семинома правого яичка + \_\_\_\_\_ +. Состояние после хирургического лечения**

- T2aN0M1; Стадия IV
- pT1N0M0, S0, кл. гр. 2; Стадия Ia
- T2aN0M0; Стадия Ib
- T2N0M0; Стадия II



**После выписки из стационара данному пациенту необходимо назначить**

- дистанционную лучевую терапию на зону удаленной опухоли
- адъювантную химиотерапию
- адъювантную иммунотерапию препаратами рекомбинантных интерферонов
- динамическое наблюдение

**Фактором риска развития рака яичка в данном клиническом случае является**

- острая респираторная вирусная инфекция в анамнезе
- травма
- наличие крипторхизма в анамнезе
- переохлаждение

**В данном клиническом случае диспансерное наблюдение у врача-онколога показано с периодичностью 1 раз в + \_\_\_\_\_ + месяца (ев) в течение первого года, затем ежегодно**

- острая респираторная вирусная инфекция в анамнезе
- травма
- наличие крипторхизма в анамнезе
- переохлаждение

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина, 63 лет, направлена районным онкологом в МРНЦ им А.Ф. Цыба.

### **Жалобы**

На периодические боли в левой половине живота, задержку стула, слабость.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной около 5 мес. когда появились жалобы на задержку стула, периодические боли в животе. Обратилась к гастроэнтерологу по месту жительства, осмотрена. Направлена к районному онкологу. После осмотра районным онкологом направлена в МРНЦ им А.Ф. Цыба.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – инженер.

### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 156 см. Температура тела 36,5°C. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы,

симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин.  $PO_2$  97% \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 68 уд в мин, АД 120/70 мм рт. ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации слабо-болезненный в мезогастррии слева, где пальпируется плотное эластичное округлое образование до 7 см в диаметре. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул на фоне приема слабительных препаратов.

#### **Началом обследования пациентки является**

- острая респираторная вирусная инфекция в анамнезе
- травма
- наличие крипторхизма в анамнезе
- переохлаждение

#### **Результаты обследования**

#### **Основанием для установки окончательного диагноза, является**

- острая респираторная вирусная инфекция в анамнезе
- травма
- наличие крипторхизма в анамнезе
- переохлаждение

#### **Результаты обследования**

#### **Методом обследования, наиболее точно позволяющим судить о распространенности первичной опухоли, является**

- острая респираторная вирусная инфекция в анамнезе
- травма
- наличие крипторхизма в анамнезе
- переохлаждение

#### **Результаты обследования**

**Предполагаемым клиническим диагнозом является Рак сигмовидной кишки**

- острая респираторная вирусная инфекция в анамнезе
- травма
- наличие крипторхизма в анамнезе
- переохлаждение

## **Диагноз**

### **План лечения не следует составлять до получения**

- острая респираторная вирусная инфекция в анамнезе
- травма
- наличие крипторхизма в анамнезе
- переохлаждение

## **Результаты обследования**

### **Условиями, в которых должно проводиться дальнейшее лечение, являются условия**

- дневного стационара
- амбулаторной помощи на дому
- отделения интенсивной терапии
- круглосуточного онкологического стационара

### **Видом лечения, показанным пациентке на первом этапе, является**

- хирургический
- эндоскопический
- химиотерапия
- лучевая терапия

### **Оптимальным объемом планируемого хирургического лечения является**

- расширенная левосторонняя гемиколэктомия
- формирование обходных анастомозов/колостомы
- эндоскопическая резекция слизистой
- субтотальная колэктомия

### **После планового гистологического исследования удаленного препарата установлен патологоанатомический диагноз: рак сигмовидной кишки pT3N1bM0, пациентке в плане адъювантного лечения показано**

- проведение 3х месяцев терапии по схемеXELOX
- проведение 6 месяцев терапии по схеме FOLFIRI
- таргетная терапия анти-EGFR моноклональными антителами
- иммунотерапия анти-PD-1/PD-L1 препаратами

**Пациентке после завершения полного курса лечения по поводу рака толстой кишки следует рекомендовать**

- хирургическое лечение
- регулярное динамическое наблюдение
- курсы фотодинамической терапии
- регионарную химиотерапию

**Оптимальным сроком начала адъювантной химиотерапии является**

- не ранее 40 дней с момента оперативного лечения
- 60 дней со дня операции
- первые сутки после операции
- 28 дней с момента оперативного лечения

**В первые 1-2 года наблюдение у районного онколога пациенту показано с периодичностью + \_\_\_\_\_ + , затем ежегодно**

- не ранее 40 дней с момента оперативного лечения
- 60 дней со дня операции
- первые сутки после операции
- 28 дней с момента оперативного лечения

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 48 лет обратилась к врачу-онкологу.

### **Жалобы**

На периодические кровотечения на фоне менструации, а также в межменструальный период.

### **Анамнез заболевания**

В течение последних двух лет отмечает появление нерегулярного менструального цикла. Ввиду того, что кровотечения из половых путей усилились, обратилась к гинекологу по месту жительства.

### **Анамнез жизни**

ТВС, вен. заболевания, вирусные гепатиты «В» и «С» отрицает. + Операции – удаление фиброаденомы правой молочной железы в 25 лет. + Аллергоанамнез: благоприятный. + Гемотрансфузионный анамнез: неотягощен. + Р-1; А-1; С/a-0. Нарушение менструального цикла. Имеет отягощенный семейный анамнез: у матери рак толстой кишки.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы бледно-розового цвета, сухие. Молочные железы без патологических образований. АД 120/80 мм рт. ст., пульс 76 в мин, ритмичный. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧДД 16 в минуту, одышки нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот мягкий,

безболезненный, имеется птоз передней брюшной стенки, избыток кожи бедер и плеч. Печень не увеличена, не пальпируется, желчный пузырь не пальпируется, селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме. + Рост - 170 см, вес - 65 кг.

**Обследование пациентки следует начать с**

- не ранее 40 дней с момента оперативного лечения
- 60 дней со дня операции
- первые сутки после операции
- 28 дней с момента оперативного лечения

**Результаты обследования**

**Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- не ранее 40 дней с момента оперативного лечения
- 60 дней со дня операции
- первые сутки после операции
- 28 дней с момента оперативного лечения

**Результаты обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования, который наиболее точно позволяет судить о распространенности первичной опухоли, является**

- не ранее 40 дней с момента оперативного лечения
- 60 дней со дня операции
- первые сутки после операции
- 28 дней с момента оперативного лечения

**Результаты инструментального метода обследования**

**У пациентки можно предположить диагноз**

- рак шейки матки cT1N0M0
- рак тела матки cT1NxM0, клиническая группа 2
- атипическая гиперплазия эндометрия
- рак тела матки cT1N0M0

**Больной показана консультация генетика. Показаниями в данном случае являются**

- {nbsp}G2 аденокарцинома
- рак толстой кишки у матери
- показатели онкомаркеров в пределах нормы
- возраст старше 50 лет

**Первым этапом лечения пациентке показано проведение**

- гормонотерапии
- лучевой терапии
- курсов химиотерапии
- хирургического лечения

**Пациентке необходимо провести операцию в следующем объеме**

- гормонотерапии
- лучевой терапии
- курсов химиотерапии
- хирургического лечения

### **Дополнительная информация**

Получен результат послеоперационного гистологического исследования: очаги G1 эндометриоидной аденокарциномы в правом трубном углу, без инвазии миометрия на фоне железистой гиперплазии эндометрия, без распространения на слизистую цервикального канала. Опухолевые клетки в сосудах миометрия не определяются. Эндометриоз. Эктопия желез цервикального канала. По линии резекции обычного строения. В правом яичнике- воспаление, текосклероз, ангиоматоз, белые тела. В левом – текосклероз, ангиоматоз, белые тела. Маточные трубы обычного строения. В клетчатке с обеих сторон полнокровие сосудов.

**Пациентке можно выставить заключительный клинический диагноз: Рак тела матки St + \_\_\_\_\_+, состояние после хирургического лечения**

- гормонотерапии
- лучевой терапии
- курсов химиотерапии
- хирургического лечения

### **Диагноз**

**После выписки из хирургического стационара следующим этапом лечения пациентке рекомендовано**

- плановое динамическое наблюдение
- проведение сочетанной лучевой терапии
- проведение химиотерапии
- проведение дистанционной лучевой терапии

**Чаще всего у больных раком тела матки диагностируют**

- недифференцированный рак
- светлоклеточный рак
- эндометриоидную аденокарциному
- серозный рак

## **Рекомендуемым алгоритмом наблюдения за пациентками после завершения лечения является**

- каждые 3 месяца в течении 3 лет, затем 1 раз в год
- 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев 2 года, затем ежегодно
- каждые 3 месяца в течение года, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет
- 1 раз в 3 месяца в течение первых 3 лет, каждые 6 месяцев в течение 4-го и 5-го года, затем ежегодно

**Для данной пациентки регулярное диспансерное обследование после лечения включает в себя гинекологический осмотр и взятие мазков на цитологическое исследование из культи влагалища, УЗИ брюшной полости, забрюшинного пространства и малого таза. Рентгенография органов грудной клетки ежегодно. + КТ/МРТ брюшной полости и малого таза необходимо выполнять**

- каждые 3 месяца в течении 3 лет, затем 1 раз в год
- 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев 2 года, затем ежегодно
- каждые 3 месяца в течение года, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет
- 1 раз в 3 месяца в течение первых 3 лет, каждые 6 месяцев в течение 4-го и 5-го года, затем ежегодно

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 65 лет обратилась к врачу онкологу.

### **Жалобы**

На однократное кровотечение из половых путей в постменопаузе.

### **Анамнез заболевания**

Отмечает периодические тянущие боли внизу живота в течение последних 2-х месяцев. К врачу ранее не обращалась.

### **Анамнез жизни**

ТВС, вен. заболевания, вирусные гепатиты «В» и «С» отрицает. + Операции – аппендэктомия в 15 лет. Сопутствующая патология: СД 1 типа. +

Аллергоанамнез: благоприятный. + Гемотрансфузионный анамнез: не отягощен. Сопутствующие – ГБ 1 ст. + Р-2; А-2; С/а-0. Последняя менструация в 52 года.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, кожные покровы бледно-розового цвета, сухие. Молочные железы без патологических образований. АД 140/90 мм рт. ст., пульс 76 в мин, ритмичный. Тоны сердца приглушенные, ритмичные. ЧДД 16 в минуту, одышки нет. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Язык влажный, чистый. Живот мягкий, безболезненный, имеется птоз передней брюшной стенки, избыток кожи бедер и

плеч. Печень не увеличена, не пальпируется, желчный пузырь не пальпируется, селезенка не пальпируется. Стул и диурез в норме. + Рост - 168 см, вес - 78 кг.

**Первым этапом обследования должен быть**

- каждые 3 месяца в течении 3 лет, затем 1 раз в год
- 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев 2 года, затем ежегодно
- каждые 3 месяца в течение года, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет
- 1 раз в 3 месяца в течение первых 3 лет, каждые 6 месяцев в течение 4-го и 5-го года, затем ежегодно

**Результаты обследования**

**Для постановки диагноза наиболее информативным будет**

- каждые 3 месяца в течении 3 лет, затем 1 раз в год
- 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев 2 года, затем ежегодно
- каждые 3 месяца в течение года, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет
- 1 раз в 3 месяца в течение первых 3 лет, каждые 6 месяцев в течение 4-го и 5-го года, затем ежегодно

**Результаты обследования**

**Необходимым инструментальным методом обследования, который наиболее точно позволяет судить о распространенности первичной опухоли, является**

- каждые 3 месяца в течении 3 лет, затем 1 раз в год
- 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев 2 года, затем ежегодно
- каждые 3 месяца в течение года, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет
- 1 раз в 3 месяца в течение первых 3 лет, каждые 6 месяцев в течение 4-го и 5-го года, затем ежегодно

**Результаты обследования**

**Предполагаемый диагноз у пациентки**

- атипическая гиперплазия эндометрия
- рак тела матки cT2N0M0, клиническая группа 1
- рак тела матки cT1NxM0, клиническая группа 2
- рак шейки матки cT1N0M0

**Данной пациентке необходимо интраоперационное исследование**

- мазки-отпечатки с серозной оболочки матки
- интраоперационное УЗИ печени



- цитологическое исследование смывов с брюшины брюшной полости малого таза
- биопсия сальника

#### **Первым этапом лечения пациентке показано проведение**

- гормонотерапии
- химиотерапии
- лучевой терапии
- хирургического лечения

#### **Оптимальным объемом хирургического вмешательства, показанного пациентке, является**

- гормонотерапии
- химиотерапии
- лучевой терапии
- хирургического лечения

#### **Дополнительная информация**

Получен результат послеоперационного гистологического исследования: G2 эндометриоидная аденокарцинома с инвазией миометрия 2 мм при толщине стенки матки 1,5 см, без распространения на слизистую цервикального канала. Опухолевые клетки в сосудах миометрия не определяются. Эндометриоз.

Эктопия желез цервикального канала. По линии резекции обычного строения. В правом яичнике- воспаление, текосклероз, ангиоматоз, белые тела. В левом – текосклероз, ангиоматоз, белые тела. Маточные трубы обычного строения. В клетчатке с обеих сторон полнокровные сосуды.

**Заключительный диагноз: Рак тела матки St + \_\_\_\_\_ + , состояние после хирургического лечения**

- гормонотерапии
- химиотерапии
- лучевой терапии
- хирургического лечения

#### **Диагноз**

#### **Пациентке в дальнейшем показано**

- внутриматочная лучевая терапия
- дистанционная лучевая терапия
- химиотерапия
- плановое динамическое наблюдение

**Гиперэстрогения характерна для + \_\_\_\_\_ + рака тела матки**

- серозного
- недифференцированного
- первого патогенетического варианта
- второго патогенетического варианта

#### **Динамическое наблюдение за пациенткой осуществляется**

- каждые 3 месяца в течении 3 лет, затем 1 раз в год
- каждые 3 месяца в течение года, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет
- 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев 2 года, затем ежегодно
- 1 раз в 3 месяца в течение первых 3 лет, каждые 6 месяцев в течение 4-го и 5-го года, затем ежегодно

**После хирургического лечения рака тела матки при наличии медицинских показаний и отсутствии медицинских противопоказаний необходимо провести адъювантную лучевую терапию в сроки \_\_\_\_\_ от момента хирургического вмешательства**

- каждые 3 месяца в течении 3 лет, затем 1 раз в год
- каждые 3 месяца в течение года, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет
- 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев 2 года, затем ежегодно
- 1 раз в 3 месяца в течение первых 3 лет, каждые 6 месяцев в течение 4-го и 5-го года, затем ежегодно

### **Условие ситуационной задачи**

#### **Ситуация**

Мужчина 55 лет обратился к врачу-онкологу.

#### **Жалобы**

На периодические боли в гипогастрии, иногда схваткообразные, запоры, примесь крови и слизи в кале.

#### **Анамнез заболевания**

Считает себя больным с января 2018 г., когда появились вышеуказанные симптомы.

#### **Анамнез жизни**

В анамнезе у пациента 5 лет назад холецистэктомия по поводу острого калькулезного холецистита

#### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 93 кг, рост 164 см. Температура тела 36,6°C. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной

клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 17 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Грудные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 17 уд в мин.  $PO_2$  99% \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 76 уд в мин, АД 120/80 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. **К основным методам обследования для постановки диагноза относятся**

- каждые 3 месяца в течении 3 лет, затем 1 раз в год
- каждые 3 месяца в течение года, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет
- 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев 2 года, затем ежегодно
- 1 раз в 3 месяца в течение первых 3 лет, каждые 6 месяцев в течение 4-го и 5-го года, затем ежегодно

### **Результаты обследования**

#### **Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- каждые 3 месяца в течении 3 лет, затем 1 раз в год
- каждые 3 месяца в течение года, затем каждые 6 месяцев в течение 2 лет
- 1 раз в 3 месяца в течение 1 года, каждые 6 месяцев 2 года, затем ежегодно
- 1 раз в 3 месяца в течение первых 3 лет, каждые 6 месяцев в течение 4-го и 5-го года, затем ежегодно

### **Результаты обследования**

#### **Основным предполагаемым диагнозом является рак**

+ \_\_\_\_\_ + кл. гр. 2

- нисходящей ободочной кишки cT3N0M0, st II A
- сигмовидной кишки cT4N0M0
- ректосигмоидного соединения cT4N0M0
- нисходящей ободочной кишки cT4N0M0

#### **Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- электрокардиографию

- спиральную компьютерную томографию органов грудной клетки, брюшной полости, малого таза
- УЗИ органов малого таза
- УЗИ органов брюшной полости

**Лечение и обследование пациента с такой нозологией должно проводиться в + \_\_\_\_\_ + условиях**

- амбулаторных (на дому)
- стационарных
- амбулаторных («дневной стационар»)
- стационарных (отделение интенсивной терапии)

**Пациенту показано + \_\_\_\_\_ + лечение**

- хирургическое
- лучевое
- химиотерапевтическое
- химиолучевое

**Пациенту показано оперативное вмешательство в следующем объеме**

- резекция сигмовидной кишки
- передняя резекция прямой кишки
- левосторонняя гемиколэктомия
- брюшно-промежностная экстирпация

**К группе препаратов, обязательно применяемых в периоперационном периоде, относятся**

- резекция сигмовидной кишки
- передняя резекция прямой кишки
- левосторонняя гемиколэктомия
- брюшно-промежностная экстирпация

### **Дополнительная информация**

На основании данного гистологического заключения операционного материала: крупнобугристая опухоль с эндофитным характером роста, перекрывающая просвет кишки более 2/3, с участками распада и очаговыми кровоизлияниями, 3,8х3,5 см, на разрезе толщиной 1 см, дифференцировка на слои стерта, визуально опухоль с прорастанием всей стенки кишки до висцеральной брюшины) G2 adenocarcinoma с изъязвлением, очагами некроза, хроническим воспалением, прорастанием всех слоев стенки толстой кишки до висцеральной брюшины, наличием опухолевых эмболов в лимфатических капиллярах и перинеуральных пространствах.

**Стадией заболевания является**

- резекция сигмовидной кишки
- передняя резекция прямой кишки
- левосторонняя гемиколэктомия
- брюшно-промежностная экстирпация

## **Диагноз**

**Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать**

- адъювантную химиотерапию
- динамическое наблюдение
- адъювантную иммунотерапию препаратами рекомбинантных интерферонов
- дистанционную лучевую терапию на зону удаленной опухоли

**Наблюдение у районного онколога пациенту показано с периодичностью 1 раз в +\_\_\_+ месяца/месяцев в течение**

- 6; 2 лет
- 12; 2 лет
- 3; первых 2 лет и далее каждые 6 мес. в последующие 3 года
- 6; 3 лет

**У пациента после 4 курсов адъювантной химиотерапии в общем анализе уровня лейкопения ( $2,8 \times 10^9/\text{Л}$  норма  $4-9 \times 10^9/\text{Л}$ ), незначительная слабость, тошнота. Тактикой дальнейшего ведения является**

- 6; 2 лет
- 12; 2 лет
- 3; первых 2 лет и далее каждые 6 мес. в последующие 3 года
- 6; 3 лет

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 36 лет обратилась к врачу-онкологу.

### **Жалобы**

На примесь крови в моче, слабость, боли в левой поясничной области.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной около 4 месяцев, когда впервые однократно появилась примесь крови в моче и боли в левой поясничной области. Отмечает быструю утомляемость при физической нагрузке и периодические ознобы в вечернее время.

### **Анамнез жизни**

\* В анамнезе 4 беременности, 2 родов. \* Полиноз

## **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 167 см. Температура тела 36,6°C. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм рт. ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Печень и селезенка не пальпируются. Перитонеальных симптомов нет. Почки не пальпируются, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Наружные половые органы не изменены. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

**К основным методам обследования для постановки диагноза относятся**

- 6; 2 лет
- 12; 2 лет
- 3; первых 2 лет и далее каждые 6 мес. в последующие 3 года
- 6; 3 лет

## **Результаты обследования**

**Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- 6; 2 лет
- 12; 2 лет
- 3; первых 2 лет и далее каждые 6 мес. в последующие 3 года
- 6; 3 лет

## **Результаты обследования**

**Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является**

- злокачественное новообразование лоханки левой почки T2N0M0, St.II
- киста левой почки по Босняк 3
- мочекаменная болезнь. Коралловидный камень левой почки
- злокачественное новообразование левой почки T2N0M0, St.II, кл. гр. 2

**Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- злокачественное новообразование лоханки левой почки T2N0M0, St.II
- киста левой почки по Босняк 3
- мочекаменная болезнь. Коралловидный камень левой почки

- злокачественное новообразование левой почки T2N0M0, St. II, кл. гр. 2

## **Результаты обследования**

**Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в + \_\_\_\_\_ + условиях**

- амбулаторных («дневной стационар»)
- амбулаторных (на дому)
- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- стационарных

**Пациентке рекомендовано + \_\_\_\_\_ + лечение**

- лучевое
- хирургическое
- химиолучевое
- химиотерапевтическое

**Пациентке следует провести оперативное вмешательство в следующем объеме**

- лапароскопическая резекция левой почки
- динамическое наблюдение
- радикальная нефрэктомия слева
- резекция левой почки

**В периоперационном периоде пациенту назначают**

- лапароскопическая резекция левой почки
- динамическое наблюдение
- радикальная нефрэктомия слева
- резекция левой почки

## **Дополнительная информация**

На основании данного гистологического заключения операционного материала: Почечно-клеточный рак, светлоклеточный вариант, G2, размером 7.6см в наименьшем измерении с миксоматозом, образованием кист, очагами некроза, кровоизлияниями. В паранефральной клетчатке, почечном синусе, лоханке почки опухоли не обнаружено. В сосудах ворот почки не обнаружено. В надпочечнике элементов опухоли нет. В ткани почки вне опухоли дистрофия эпителия канальцев.

**Установлен диагноз + \_\_\_\_\_ + состояние после хирургического лечения, кл. гр. 3 (С64)**

- лапароскопическая резекция левой почки
- динамическое наблюдение
- радикальная нефрэктомия слева

- резекция левой почки

## **Диагноз**

### **Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать**

- дистанционную лучевую терапию на зону удаленной опухоли
- адъювантную химиотерапию
- динамическое наблюдение
- адъювантную иммунотерапию

### **После радикальной операции по поводу рака почки при низком прогностическом риске через 6 мес. выполняется**

- компьютерная томография органов брюшной полости
- рентгенография органов брюшной полости
- ультразвуковое исследование брюшной полости и почек (ложа удалённой почки)
- экскреторная урография

### **Наблюдение у онколога в диспансере по месту жительства показано с периодичностью 1 раз в + \_\_\_\_\_ + , затем ежегодно**

- компьютерная томография органов брюшной полости
- рентгенография органов брюшной полости
- ультразвуковое исследование брюшной полости и почек (ложа удалённой почки)
- экскреторная урография

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 49 лет обратилась к врачу-онкологу.

### **Жалобы**

Запоры, тенезмы, примесь крови в кале, общую слабость.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больным в течение 10 месяцев, когда впервые появилась кровь и слизь в кале.

### **Анамнез жизни**

Без особенностей.

### **Объективный статус**

Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Сознание больного ясное. Телосложение: правильное. Конституция: нормостеническая. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Лимфатическая система: лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены, не спаяны с окружающими тканями и между собой, безболезненны. Костно-мышечный



аппарат без особенностей. Температура во время осмотра:  $36,5^{\circ}\text{C}$ . Над легочными полями везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 125/70 с подъемами до 160/100, пульс - 76 уд/мин. Язык сухой, умеренно обложен белым налетом. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. + При осмотре живот правильной формы. При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности над поверхностью живота, притуплений в отлогих местах живота нет. Живот мягкий, не вздут, при пальпации умеренно болезненный в гипогастрии. При аускультации живота выслушиваются перистальтические кишечные шумы. Перинальная область не изменена. Пальцевое исследование прямой кишки: на 8 см от ануса патологии нет.

**К основному методу обследования для постановки диагноза относится**

- компьютерная томография органов брюшной полости
- рентгенография органов брюшной полости
- ультразвуковое исследование брюшной полости и почек (ложа удалённой почки)
- экскреторная урография

**Результаты обследования**

**Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- компьютерная томография органов брюшной полости
- рентгенография органов брюшной полости
- ультразвуковое исследование брюшной полости и почек (ложа удалённой почки)
- экскреторная урография

**Результаты обследования**

**Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- электрокардиографию ЭКГ
- эхо кардиографию ЭхоКГ
- ирригоскопию
- магнитно-резонансную томографию МРТ малого таза, спиральную компьютерную томографию СРКТ органов грудной клетки, брюшной полости

**МР-картина солидной опухоли среднеампулярного отдела прямой кишки с экстрамуральным ростом и инвазией мезоректальной клетчатки. +**

**Предполагаемым основным диагнозом является Рак прямой кишки**

**+ \_\_\_\_\_ + кл. гр. 2**

- cT4N0M0 ст. IIIa

- cT1N0M0 ст. I
- cT4N1M0 ст. IIIa
- cT3N1M0 ст. IIIa

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в**  
+ \_\_\_\_\_ + условиях

- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- амбулаторных («дневной стационар»)
- амбулаторных (на дому)
- стационарных

**Первым этапом рекомендовано + \_\_\_\_\_ + лечение**

- лучевое
- хирургическое
- химиотерапевтическое
- лучевое/химиолучевое

**Объем второго этапа хирургического лечения включает**

- брюшно-анальную резекцию
- переднюю резекцию прямой кишки, превентивную илеостомию
- брюшно-промежностную экстирпацию
- резекцию сигмовидной кишки

**К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся**

- брюшно-анальную резекцию
- переднюю резекцию прямой кишки, превентивную илеостомию
- брюшно-промежностную экстирпацию
- резекцию сигмовидной кишки

#### **Дополнительная информация**

На основании данного гистологического заключения операционного материала:  
В толстой кишке после лечения – муцинозная карцинома, с прорастанием всех слоев стенки кишки, жировой клетчатки, резекции, инвазией лимфатических сосудов и перинеуральных пространств, с хроническим воспалением. В 5-ти лимфатических узлах признаков метастазирования не обнаружено. В проксимальной и дистальной линиях резекции признаков опухолевого роста не выявлено. Лечебный патоморфоз TRG3 pT4N1c

**Диагноз (C20): Рак среднеампулярного отдела прямой кишки \_\_\_\_\_** Состояние после неоадьювантного курса конформной лучевой терапии с радиомодификацией капецитабином СОД на ПО 54.6 Гр л/коллектор 46,41 Гр Состояние после оперативного лечения

- брюшно-анальную резекцию
- переднюю резекцию прямой кишки, превентивную илеостомию
- брюшно-промежностную экстирпацию
- резекцию сигмовидной кишки

## **Диагноз**

### **Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать**

- адъювантную иммунотерапию препаратами рекомбинантных интерферонов
- дистанционную лучевую терапию на зону удаленной опухоли
- динамическое наблюдение
- адъювантную химиотерапию

### **Наблюдение у районного онколога пациенту показано с периодичностью 1 раз в +\_\_+ месяцев(а) 2 года**

- 3
- 9
- 6
- 12

### **Колоноскопию рекомендовано выполнять через +\_\_\_\_\_+ после резекции первичной опухоли**

- 3
- 9
- 6
- 12

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 60 лет обратилась к врачу-онкологу.

### **Жалобы**

На примесь крови и слизи в кале, умеренные боли в гипогастрии.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной в течение 5 месяцев, когда проходила обследование по поводу ВБНК справа, была выявлена анемия (HGB=72 г/л). При обследовании на ФКС выявлена опухоль средне-ампулярного отдела прямой кишки. На МРТ выявлено 3 метастатических лимфоузла в мезоректальной клетчатке до 2 см в диаметре, опухоль среднеампулярного отдела прямой кишки с прорастанием субсерозного слоя, около 4 см по протяжению. Пациентке выполнена конформная лучевая терапия РОД=2,4 Гр до СОД=50 Гр на зону опухоли и СОД=44 Гр на пути лимфооттока на фоне радиомодификации капецитабином.

## **Анамнез жизни**

В анамнезе у пациентки 7 лет назад аппендэктомия по поводу острого аппендицита

## **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 68 кг, рост 161 см. Температура тела 36,6С. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 17 уд в мин.  $PO_2$  99% \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 76 уд в мин, АД 125/70 мм рт. ст. + Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

**К основным методам обследования для постановки диагноза относятся**

- 3
- 9
- 6
- 12

## **Результаты обследования**

**Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- 3
- 9
- 6
- 12

## **Результаты обследования**

**Предполагаемым основным диагнозом является Рак прямой кишки**

- cT4N1M0 ст. III, кл. гр. 2
- cT3N1M0 ст. III, кл. гр. 2 Состояние после неоадьювантного курса конформной лучевой терапии с РОД=2,4 Гр до СОД=55 Гр на зону

опухоли и СОД=48 Гр на пути лимфооттока на фоне радиомодификации капецитабином

- сT3N1M0 ст. III кл. гр 2. Состояние после неоадьювантного курса конформной лучевой терапии с РОД=2,4 Гр до СОД=50 Гр на зону опухоли и СОД=44 Гр на пути лимфооттока на фоне радиомодификации капецитабином
- сT4N1M0 ст. III, состояние после химиолучевой терапии, кл. гр. 2

**Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить**

- магнитно-резонансную томографию малого таза, спиральную компьютерную томографию СРКТ органов грудной клетки, брюшной полости
- электрокардиографию ЭКГ
- ирригоскопию
- эхокардиографию ЭхоКГ

**Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в**  
+ \_\_\_\_\_ + условиях

- амбулаторных («дневной стационар»)
- стационарных (отделение интенсивной терапии)
- амбулаторных (на дому)
- стационарных

**Пациентке показано + \_\_\_\_\_ + лечение**

- лучевое
- химиолучевое
- химиотерапевтическое
- хирургическое

**Пациентке показано оперативное вмешательство в следующем объеме**

- брюшно-анальная резекция
- передняя резекция прямой кишки, превентивная илеостомия
- резекция сигмовидной кишки
- брюшно-промежностная экстирпация

**К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся**

- брюшно-анальная резекция
- передняя резекция прямой кишки, превентивная илеостомия
- резекция сигмовидной кишки
- брюшно-промежностная экстирпация

### **Дополнительная информация**

На основании данного гистологического заключения операционного материала: №117391-117408/19: стенка толстой кишки в проекции лигатуры и на остальном протяжении с хроническим воспалением, гиперплазией крипт, отеком- I степень регрессии опухоли (полная регрессия) TRG1 по Mandart. В 1 гистологически подтвержденном лимфатическом узле метастаз аденокарциномы с обширными очагами некроза, субтотальным замещением лимфоидной ткани, без признаков прорастания паранодальной капсулы урТхN1a. Линия резекции без признаков опухолевого роста. Лечебный патоморфоз

**Пациентке может быть поставлен диагноз Рак среднеампулярного отдела прямой кишки**

- брюшно-анальная резекция
- передняя резекция прямой кишки, превентивная илеостомия
- резекция сигмовидной кишки
- брюшно-промежностная экстирпация

### **Диагноз**

**Пациентке после выписки из стационара следует рекомендовать**

- адъювантную химиотерапию
- динамическое наблюдение
- дистанционную лучевую терапию на зону удаленной опухоли
- адъювантную иммунотерапию препаратами рекомбинантных интерферонов

**Наблюдение у районного онколога пациентке показано с периодичностью 1 раз в +\_\_+ месяца(ев) первые 2 года**

- 6
- 9
- 3
- 12

**Колоноскопию рекомендовано выполнять через**

**+ \_\_\_\_\_ + после резекции первичной опухоли**

- 6
- 9
- 3
- 12

### **Условие ситуационной задачи**

## **Ситуация**

Мужчина 62 года обратился к врачу-онкологу.

## **Жалобы**

На наличие объёмного образования в области головки полового члена, сужение наружного отверстия крайней плоти, невозможность обнажить головку полового члена.

## **Анамнез заболевания**

Пациент отмечает, что образование появилось около 6 месяцев назад и постепенно увеличилось в размерах, при попытке обнажить головку появилась кровь, что заставило обратиться к врачу.

## **Анамнез жизни**

\* В анамнезе страдает сахарным диабетом около 10 лет. \* Длительное время страдает фимозом.

## **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 105 кг, рост 178 см. Температура тела  $36,6^{\circ}\text{C}$ . \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Грудные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин.  $\text{Po} \sim 2 \sim 98\%$  \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм рт. ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. \* Локальный статус: у больного фимоз, в области головки полового члена пальпируется плотное безболезненное образование, при попытке обнажить головку из-под крайней плоти выдавливается опухолевый детрит и кровянистые выделения

**При обследовании пациента для верификации диагноза необходимо назначить**

- 6
- 9
- 3
- 12

## **Результаты обследования**

**Для верификации диагноза и оценки состояния первичной опухоли, зон регионарного метастазирования необходимо выполнить**

- 6
- 9
- 3
- 12

## **Результаты обследования**

**Пациенту с большой вероятностью можно поставить диагноз**

- злокачественное новообразование полового члена T1N1M0, II стадия
- злокачественное новообразование полового члена T1N0M0, I стадия
- папилломатоз полового члена
- эритроплакия Кейра

**При планировании лечения необходимо выполнить**

- злокачественное новообразование полового члена T1N1M0, II стадия
- злокачественное новообразование полового члена T1N0M0, I стадия
- папилломатоз полового члена
- эритроплакия Кейра

## **Результаты обследования**

**Обследование и лечение пациента должно проводиться в + \_\_\_\_\_ + условиях**

- стационарных
- амбулаторных («дневной стационар»)
- амбулаторных (на дому)
- стационарных (отделение интенсивной терапии)

**Тактика лечения включает на первом этапе**

- оперативное вмешательство
- лучевую терапию
- химиотерапию
- химиолучевую терапию

**На первом этапе пациенту необходимо выполнить оперативное вмешательство в объеме**

- циркумцизию, резекции полового члена
- эмаскуляции



- ампутации полового члена, пахово-бедренной двусторонней лимфаденэктомии
- ампутации полового члена

**К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся**

- циркумцизию, резекции полового члена
- эмаскуляции
- ампутации полового члена, пахово-бедренной двусторонней лимфаденэктомии
- ампутации полового члена

### **Дополнительная информация**

На основании данного гистологического заключения операционного материала: плоскоклеточная карцинома без ороговения G2 1.5CM в наибольшей измерении толщиной 0.5мм с эрозированной поверхностью лимфолейкоцитарной инфильтрацией. Признаков инвазии в кровеносные сосуды лимфоваскулярной инвазии и перинеуральной инвазии не обнаружено. Минимальное расстояние от опухоли до края резекции 2. В крайней плоти элементов опухоли не обнаружено.

**По классификации TNM у данного больного Рак полового члена**

- циркумцизию, резекции полового члена
- эмаскуляции
- ампутации полового члена, пахово-бедренной двусторонней лимфаденэктомии
- ампутации полового члена

### **Диагноз**

**После хирургического лечения и выписки из стационара пациенту необходимо назначить**

- адьювантную химиотерапию
- адьювантную иммунотерапию препаратами рекомбинантных интерферонов
- дистанционную лучевую терапию на зону удаленной опухоли
- динамическое наблюдение

**К очевидным факторам риска развития рака полового члена у данного пациента относят**

- травму и переохлаждение
- ОРВИ и сахарный диабет
- переохлаждение и профессиональные вредности
- наличие фимоза на фоне сахарного диабета

**Наблюдение пациента у врача-онколога в течение первого года показано с периодичностью 1 раз в +\_\_+ месяца (ев)**

- травму и переохлаждение
- ОРВИ и сахарный диабет
- переохлаждение и профессиональные вредности
- наличие фимоза на фоне сахарного диабета

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 45 лет направлена врачом-онкологом из онкологического диспансера (ОД) по месту жительства в федеральное онкологическое учреждение для дообследования и лечения.

### **Жалобы**

На увеличение живота в размерах, общую слабость, незначительные тянущие боли внизу живота, дискомфорт в правой подвздошной области.

### **Анамнез заболевания**

В связи с жалобами на увеличение живота в размерах обратилась в ОД по месту жительства. + По данным СРКТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза – объемных образований в легочной ткани не определяется. В брюшной полости значительное количество свободной жидкости. В полости малого таза многоузловой конгломерат 15x10x10 см. + СА 125 1000 ед/мл (норма до 35 ед/мл), Не 4 800 пмоль/л (норма до 121 пмоль/л) + Выполнена аспирация асцитической жидкости, ц/а клетки ЗНО + Выполнена пункция образования в малом тазу, г/а аденокарцинома. + По данным ФГДС – хронический гастрит. + По данным ФКС – опухолевого процесса не выявлено. + Установлен клинический диагноз – (С 56) рак яичников St III с (сТ3сNxM0), асцит. Кл. гр. 2 + В ОД по месту жительства проведено 6 курсов ПХТ по схеме – паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/в капельно в 1-й день {plus} карбоплатин АУС 6 в/в капельно в 1-й день (интервал между курсами 21 день). + В связи с отсутствием положительной динамики, ростом опухоли на фоне проводимой противоопухолевой лекарственной терапии пациентка направлена в федеральное онкологическое учреждение для дообследования и лечения.

### **Анамнез жизни**

Росла и развивалась соответственно возрасту. + ТВС, венерические заболевания, вирусные гепатиты В и С отрицает. Гепатит А в 6 лет. + Операции: не было. + Аллергоанамнез благоприятный. + Гемотрансфузионный анамнез не отягощен. + Хронические заболевания (К 29.5) хронический гастрит, (I 42.9) МКД, транзиторная тахикардия, (I 50) ХСН 0 риск III. + Постоянно каких-либо лекарственных препаратов не принимает. + Наследственность не отягощена. + Вредные привычки – отрицает. + Профессиональные вредности – отрицает. + Гинекологический анамнез: + Менархе в 16 лет, менструации по 4 -5 дней, менструальный цикл 28 дней. + Р – 3, А – 2, С/а – 0. + Последняя менструация была 6-7 месяцев назад. + Экспертный анамнез: не работает, домохозяйка.

## **Объективный статус**

\* Общее состояние средней степени тяжести, обусловлено генерализованным опухолевым процессом. ECOG 2. Сознание ясное. \* Рост – 155 см, вес – 43 кг, S поверхности тела -  $1,36 \text{ м}^2$  \* Пациентка кахексична \* Температура тела  $36,6^{\circ}\text{C}$ . \* Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. \* Нижние конечности отечны до голеностопных суставов. Со слов больной, отеки возникают к вечеру практически ежедневно. \* Мочеиспускание свободное, безболезненное, малыми порциями. Диурез адекватный \* Стул оформленный, 1 раз в день

## **Обследование пациентки следует начать с**

- травму и переохлаждение
- ОРВИ и сахарный диабет
- переохлаждение и профессиональные вредности
- наличие фимоза на фоне сахарного диабета

## **Результаты обследования**

### **Следующим этапом целесообразно выполнить обследование**

- травму и переохлаждение
- ОРВИ и сахарный диабет
- переохлаждение и профессиональные вредности
- наличие фимоза на фоне сахарного диабета

## **Результаты обследования**

### **Следующим этапом целесообразно выполнить обследование**

- травму и переохлаждение
- ОРВИ и сахарный диабет
- переохлаждение и профессиональные вредности
- наличие фимоза на фоне сахарного диабета

## **Результаты обследования**

### **Можно установить клинический диагноз**

- травму и переохлаждение
- ОРВИ и сахарный диабет
- переохлаждение и профессиональные вредности
- наличие фимоза на фоне сахарного диабета

## **Диагноз**

### **Тактикой лечения после установления диагноза является**

- проведение химиолучевой терапии

- проведение лучевой терапии
- проведение противоопухолевой лекарственной терапии
- выполнение оптимальной циторедуктивной операции и далее наблюдение

**Противоопухолевую лекарственную терапию пациентке необходимо провести по схеме**

- карбоплатин AUC 5 в/в в 1-й день {plus} доксорубицин 40 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день 21-дневного курса
- цисплатин 75 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день {plus} гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й, 8-й дни 21-дневного курса
- гемцитабин 1000 мг/м<sup>2</sup> 1-й, 8-й, 15-й дни 28-дневного курса
- карбоплатин AUC 5 в/в в 1-й день {plus} паклитаксел 175 мг/м<sup>2</sup> в/в в 1-й день 21 дневного курса

**Проведение внутрибрюшинной химиотерапии у данной пациентки**

- показано, 6 курсов внутрибрюшинной химиотерапии с последующей оценкой динамики течения заболевания
- показано, 1 курс внутрибрюшинной химиотерапии с последующим переходом на внутривенный способ введения химиопрепаратов
- показано, 3 курса внутрибрюшинной химиотерапии с последующей оценкой динамики течения заболевания
- не показано

**Инструментальная и лабораторная оценка динамики течения рака яичников на фоне проводимой противоопухолевой лекарственной терапии при условии отсутствия клинических данных за прогрессирование осуществляется с помощью**

- СРКТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза, контроля СА-125
- рентгенографии органов грудной клетки, контроля СА-125
- УЗИ брюшной полости и малого таза, контроля СА-125
- УЗИ брюшной полости и малого таза, лапароскопии

**После лечения динамическое наблюдение у районного врача-онколога осуществляется с периодичностью 1 раз в +\_\_+ месяца (ев), в течение + \_\_\_\_\_ + , а затем ежегодно**

- 3; первых 2 лет, каждые 6 мес. в течение 3-го и 4- го года наблюдения
- 6; 3 лет
- 3; года, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет
- 1; года, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет

**Если при динамическом наблюдении отмечен рост СА-125, появились жалобы или выявлены находки при гинекологическом осмотре или УЗИ, рекомендовано дополнительно провести**

- определение уровня He-4
- углубленное обследование (КТ брюшной полости и малого таза, рентгенографию/КТ грудной клетки)
- ЭФГДС
- определение уровня СА19-9, РЭА, АФП

**Начало химиотерапии второй и последующих линий при рецидивах рака яичников целесообразно при**

- повышении уровня СА-125
- повышении уровня He-4
- повышении одновременно и уровня СА-125 и уровня He-4
- появлении клинических симптомов

**При дальнейшем прогрессировании у данной больной назначение олапариба**

- повышении уровня СА-125
- повышении уровня He-4
- повышении одновременно и уровня СА-125 и уровня He-4
- появлении клинических симптомов

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 68 лет обратилась к врачу-гинекологу.

### **Жалобы**

На периодические, в течение 3 мес., кровянистые выделения из половых путей.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больной с сентября 2019г., когда появились кровянистые выделения из половых путей.

### **Анамнез жизни**

Гинекологический анамнез: + родов - 2, абортов – 2, с/а – 0, МП 15 лет. + Эпид. анамнез, трудовой, бытовой анамнез: отрицает. + Вредные привычки: нет. + Туберкулез, гепатит и венерические заболевания: отрицает (со слов больной). + Переливание крови, гемотрансфузии: не было (со слов больной). + Аллергологический анамнез: спазмолитики (баралгин, анальгин, спазмалгон, спазган) – отек слизистой носа, заложенность в ушах (со слов больной). + Наследственный анамнез: нет (со слов больной). + Травмы: не было. + Операции: гальванотомия гайморовых пазух 1996г. (со слов больной). + Сопутствующие заболевания: (J32) хр. гайморит, (83.9) хр. геморрой (I11) артериальная гипертензия.

### **Объективный статус**

Общее состояние больной удовлетворительное. + Сознание больной ясное, контактна, хорошо ориентирована в месте и времени, сохранена критика к своему состоянию. + Положение больного в постели: активное. + Рост 152 см. Телосложение: правильное. + Конституция: нормостеническая. Вес 64 кг. + Площадь поверхности тела  $1,64 \text{ м}^2$ . ИМТ 27,7 + Состояние питания: удовлетворительного. + Кожа: обычной окраски. Видимые слизистые – розово-красные. + Лимфатическая система: лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены (в том числе над-, подключичные и подкрыльцовые). + Опорно-двигательный аппарат: + тонус мышц удовлетворительный. + Суставы - правильной формы. + Осевая нагрузка на позвоночник - безболезненная. Конечности – симметричные. + Температура во время исследования:  $36,6^{\circ}\text{C}$  + Над легочными полями везикулярное дыхание, хрипов нет. + Тоны сердца ясные, ритмичные + АД 120/80 мм рт. ст., АД макс 145/90 мм рт. ст., ЧСС 78 уд/мин. + Молочные железы без особенностей, патологических субстратов не определяется. + Живот мягкий, при пальпации, безболезненный. + Печень, селезенка не пальпируются. + Симптом «поколачивания» отрицательный. + Физиологические отправления – мочеиспускание не нарушено, безболезненно. + Стул – 1 раз в день, оформлен.

**Необходимым для постановки диагноза лабораторным методом обследования является**

- повышении уровня СА-125
- повышении уровня He-4
- повышении одновременно и уровня СА-125 и уровня He-4
- появлении клинических симптомов

### **Результаты лабораторного метода обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- повышении уровня СА-125
- повышении уровня He-4
- повышении одновременно и уровня СА-125 и уровня He-4
- появлении клинических симптомов

### **Результаты инструментальных методов обследования**

**Основным предполагаемым диагнозом является**

- повышении уровня СА-125
- повышении уровня He-4
- повышении одновременно и уровня СА-125 и уровня He-4
- появлении клинических симптомов

## Диагноз

**Основным методом лечения пациентки является**

- химиотерапия
- химиолучевая терапия
- хирургическое лечение с химиотерапией
- хирургическое лечение

**При химиолучевой терапии объем облучения включает в себя первичную опухоль и + \_\_\_\_\_ + лимфоузлы**

- регионарные
- парааортальные
- паховые
- тазовые

**При химиолучевой терапии объём облучения на зону регионарного метастазирования должен включать + \_\_\_\_\_ + лимфатические узлы**

- пресакральные, параректальные, obturatorные, верхние брыжеечные
- пресакральные, параректальные, obturatorные, паховые, чревные
- группы наружных, внутренних подвздошных и запирательные
- пресакральные, параректальные, obturatorные, внутренние подвздошные

**При проведении сочетанной лучевой терапии выполняют дистанционную конформную и + \_\_\_\_\_ + лучевую терапию**

- короткофокусную
- внутритканевую
- внутриволостную
- длиннофокусную

**Суммарные дозы от курса сочетанной лучевой терапии составляют в т. А + \_\_\_\_\_ + Гр, в т. В + \_\_\_\_ + Гр**

- 60-70; 50
- 55; 40-44
- 80-90; 60
- 75; 44-46

**Химиолучевое лечение рака шейки матки чаще всего подразумевает комбинацию химиопрепаратов**

- митомицин С в сочетании с антрациклинами (доксорубицин)
- цисплатин в сочетании с фторпиримидинами
- циклофосфан в сочетании с цисплатином

- цисплатин 40мг/м 1 раз в неделю до 6 недель на фоне ЛТ

**При планировании дистанционной конформной лучевой терапии понятие CTV-T включает в себя опухолевую инфильтрацию в**

- первичном очаге шейки матки
- первичном очаге, матке, параметрии, верхней трети влагалища, крестцово-маточных связках
- первичном очаге шейки матки и регионарных лимфатических узлах
- регионарных лимфатических узлах

**Радиоактивными источниками при проведении внутриполостной лучевой терапии высокой мощности дозы являются**

- $^{92}\text{Ir}$  и  $^{226}\text{Ra}$
- $^{192}\text{Ir}$  и  $^{137}\text{Cs}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{226}\text{Ra}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{192}\text{Ir}$ .

**Рекомендованным после завершения химиолучевой терапии является следующий алгоритм наблюдения: 1 раз в +\_\_+ месяцев (а) в течение**

- $^{92}\text{Ir}$  и  $^{226}\text{Ra}$
- $^{192}\text{Ir}$  и  $^{137}\text{Cs}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{226}\text{Ra}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{192}\text{Ir}$ .

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

К врачу-онкологу обратился мужчина 66 лет.

### **Жалобы**

На постоянный сухой кашель, умеренную общую слабость.

### **Анамнез заболевания**

Болен в течение полугода, когда отметил у себя появление сухого кашля. При рентгенографии по месту жительства выявлены изменения в правом легком, на фоне антибактериальной терапии выраженной динамики не отмечено.

### **Анамнез жизни**

\* Из перенесенных заболеваний: гипертоническая болезнь 2 степени. \* Курит более 45 лет, по пачке сигарет в день. \* Профессиональных вредностей не имеет. \* Онкологический анамнез неотягощен. \* Аллергоанамнез неотягощен.

### **Объективный статус**

Состояние пациента удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 170 см. Температура тела 36,6°C. Кожные покровы сухие, теплые. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Перкуторно границы средостения не расширены, над легкими – ясный легочный звук. Аускультативно – дыхание жесткое, проводится во все



отделы, единичные сухие хрипы справа. ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 89/мин, АД 132/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы.

**Дополнительные методы обследования пациента включают в себя**

- $^{92}\text{Ir}$  и  $^{226}\text{Ra}$
- $^{192}\text{Ir}$  и  $^{137}\text{Cs}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{226}\text{Ra}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{192}\text{Ir}$ .

**Результаты обследования**

**Для уточнения распространенности процесса данному пациенту необходимо выполнить**

- $^{92}\text{Ir}$  и  $^{226}\text{Ra}$
- $^{192}\text{Ir}$  и  $^{137}\text{Cs}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{226}\text{Ra}$
- $^{60}\text{Co}$  и  $^{192}\text{Ir}$ .

**Результаты обследования**

**С целью получения опухолевого материала и морфологической верификации диагноза показано проведение**

- бронхоскопии
- торакоскопии
- трансторакальной пункции
- медиастиноскопии

**Для уточнения морфологической формы злокачественного новообразования необходимо проведение**

- исследования опухолевого материала на экспрессии PD-L1
- иммуногистохимического или иммуноцитохимического исследования
- исследования опухолевого материала на наличие активирующей мутации
- молекулярно-генетического анализа

**При отсутствии драйверных молекулярно-генетических нарушений (активирующих мутаций гена EGFR (19 и 21 экзоны) и транслокации ALK, ROS1, мутации BRAF) следует провести исследование**

- на наличие мутации BRCA1 и BRCA 2
- экспрессии PD-L1 опухолевыми клетками
- экспрессии PD-L1 лимфоидными клетками
- на наличие мутации KRAS

**У пациента верифицирована аденокарцинома правого легкого с метастатическим поражением легких (стадия IV), драйверные мутации при молекулярно-генетическом исследовании не выявлены. В этом случае лечение пациента следует начинать с**

- химиотерапии, химиоиммунотерапии или иммунотерапии
- таргетной терапии ингибиторами тирозинкиназы
- гормонотерапии
- лучевой терапии

**В случае, если общее состояние больного по шкале ECOG 2 балла, то в качестве минимального варианта лечения может быть рекомендовано проведение + \_\_\_\_\_ + терапии**

- монокимио
- паллиативной лучевой
- гормон
- таргетной

**При дополнительном исследовании опухолевого материала у пациента была выявлена высокая экспрессия PD-L1 (100%). Данная информация является основанием для назначения пациенту в первой линии**

- таргетной терапии ингибиторами тирозинкиназы
- комбинации пеметрекседа и препарата платины
- иммунотерапии ингибитором PD-1 пембролизумабом
- одновременной химио-лучевой терапии

**Появление метастазов в головном мозге является частым проявлением прогрессирования заболевания, для аденокарцином до 30%. В случае появления головных болей, других неврологических симптомов и выявления солитарного очага размерами 1,5 см с зоной перифокального отека в головном мозге пациенту возможно проведение**

- трехкомпонентной химиотерапии
- монокимиотерапии с добавлением бевацизумаба
- иммунотерапии анти-PD-L1 ингибитором атезолизумабом
- локального лечения: оперативное удаление или лучевая терапия

**В случае проведения пациенту в первой линии лечения полихимиотерапии с препаратом платины, после прогрессирования заболевания, учитывая имеющиеся данные об отсутствии драйверных мутаций и высоком уровне экспрессии PD-L1 в опухолевых клетках, удовлетворительном общем состоянии (ECOG 0-1), целесообразно в дальнейшем лечение**

- ингибиторами контрольных точек иммунитета
- ингибиторами тирозинкиназы

- с использованием наилучшей симптоматической терапии
- с проведением монокимиотерапии

**У пациента на фоне проводимой химиотерапии первой линии была выявлена транслокация ALK. В данной ситуации пациенту показано**

- начать терапию ингибиторами контрольных точек
- прекратить лекарственную терапию
- рассмотреть вопрос о возможности паллиативной операции
- завершить запланированный объем лечения и перейти на таргетную терапию

**Проведение паллиативной лучевой терапии показано на**  
+ \_\_\_\_\_ + , для

- начать терапию ингибиторами контрольных точек
- прекратить лекарственную терапию
- рассмотреть вопрос о возможности паллиативной операции
- завершить запланированный объем лечения и перейти на таргетную терапию

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

К врачу-онкологу обратился мужчина 70 лет.

### **Жалобы**

На сухой кашель, субфебрильную температуру тела.

### **Анамнез заболевания**

Болен в течение года, когда отметил у себя сухой кашель. При рентгенографии по месту жительства выявлены изменения в средней доле правого легкого, на фоне антибактериальной терапии отмечена отрицательная динамика.

### **Анамнез жизни**

\* Из перенесенных заболеваний: простудные заболевания. \* Курил периодически. \* Профессиональных вредностей не имеет. \* Онкологический анамнез неотягощен. \* Аллергоанамнез неотягощен.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 178 см. Температура тела 37,0°C. Кожные покровы сухие, теплые. Зев не гиперемирован, миндалины не увеличены. Перкуторно границы средостения не расширены, над легкими – ясный легочный звук. Аускультативно – дыхание жесткое, проводится во все отделы. ЧДД 18/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 129/70 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы.

**Дополнительные методы обследования пациента включают в себя**

- начать терапию ингибиторами контрольных точек

- прекратить лекарственную терапию
- рассмотреть вопрос о возможности паллиативной операции
- завершить запланированный объем лечения и перейти на таргетную терапию

### **Результаты обследования**

**Для уточнения распространенности опухолевого процесса данному пациенту необходимо выполнить**

- начать терапию ингибиторами контрольных точек
- прекратить лекарственную терапию
- рассмотреть вопрос о возможности паллиативной операции
- завершить запланированный объем лечения и перейти на таргетную терапию

### **Результаты обследования**

**С целью морфологической верификации диагноза показано проведение**

- медиастиноскопии
- торакотомии
- бронхоскопии
- торакоскопии

**Проведение молекулярно-генетического тестирования при морфологически доказанном раке необходимо при**

- мезотелиоме плевры
- аденокарциноме
- мелкоклеточном раке
- плоскоклеточном раке

**При отрицательных данных о наличии мутаций EGFR и транслокации ALK следует определить**

- мутации BRCA1 и 2
- мутационную нагрузку
- мутацию KRAS
- экспрессию PD-L1

**Верифицирована аденокарцинома средней доли правого легкого с поражением лимфатических узлов средостения (N2) (стадия IIIA). В этом случае лечение пациента следует начинать с**

- неoadъювантной химиотерапии с последующей операцией
- химиолучевой терапии
- гормонотерапии

- лучевой терапии с последующей операцией

**В случае, если функциональное состояние больного не позволяет выполнить операцию, в первую очередь следует рассмотреть возможность проведения больному + \_\_\_\_\_ + терапии**

- химиолучевой
- таргетной
- химио-
- гормоно

**При планировании химиолучевой терапии у пациента в удовлетворительном состоянии (ECOG 0-1) наиболее эффективной является терапия**

- лучевая, затем гормонотерапия
- одновременная
- последовательная
- лучевая, затем таргетная

**При планировании лучевой терапии к первичной опухоли должна быть подведен суммарная очаговая доза + \_\_\_\_\_ + (в Гр)**

- 30
- 120
- 10
- 60

**Если у пациента выявлены противопоказания для лучевой терапии, следует рассмотреть вопрос о проведении + \_\_\_\_\_ + терапии**

- гормональной
- симптоматической
- таргетной
- химио-

**После успешного завершения химиолучевой терапии необходимо рассмотреть вопрос о проведении**

- поддерживающей терапии эрлотинибом
- поддерживающей иммунотерапии дурвалумабом
- поддерживающей химиотерапии паклитакселом
- симптоматической терапии

**Проведение паллиативной лучевой терапии показано на + \_\_\_\_\_ + , для**

- поддерживающей терапии эрлотинибом

- поддерживающей иммунотерапии дурвалумабом
- поддерживающей химиотерапии паклитакселом
- симптоматической терапии

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Мужчина 57 лет обратился к врачу-онкологу.

### Жалобы

На тенезмы, примесь крови в кале, общую слабость, запоры до 2-3х дней.

### Анамнез заболевания

Считает себя больным в течение 1,5 лет, когда впервые появилась кровь и слизь в кале.

### Анамнез жизни

Без особенностей.

### Объективный статус

Общее состояние больного относительно удовлетворительное. Сознание больного ясное. Телосложение: правильное. Конституция: нормостеническая. Кожные покровы и видимые слизистые бледной окраски. Лимфатическая система: лимфатические узлы, доступные пальпации не увеличены, не спаяны с окружающими тканями и между собой, безболезненны. Костно-мышечный аппарат без особенностей. Температура во время осмотра:  $36,5^{\circ}\text{C}$ . Над легочными полями везикулярное дыхание, хрипов нет. Тоны сердца приглушены, ритмичные, АД 130/80 с подъемами до 160/100, пульс - 76 уд/мин. Язык сухой, умеренно обложен белым налетом. Печень, селезенка не пальпируются. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. При осмотре живот правильной формы. При перкуссии живота отмечается тимпанит различной степени выраженности над поверхностью живота, притуплений в отлогих местах живота нет. Живот мягкий, не вздут, при пальпации умеренно болезненный в гипогастрии. При аускультации живота выслушиваются перистальтические кишечные шумы. Перианальная область не изменена. Пальцевое исследование прямой кишки: на 8 см от ануса патологии нет.

**Основные методы обследования для постановки диагноза у данного пациента - это**

- поддерживающей терапии эрлотинибом
- поддерживающей иммунотерапии дурвалумабом
- поддерживающей химиотерапии паклитакселом
- симптоматической терапии

### Результаты обследования

**Наиболее информативным методом постановки диагноза является**

- поддерживающей терапии эрлотинибом
- поддерживающей иммунотерапии дурвалумабом

- поддерживающей химиотерапии паклитакселом
- симптоматической терапии

### **Результаты обследования**

**Для определения тактики лечения необходимо выполнить**

- поддерживающей терапии эрлотинибом
- поддерживающей иммунотерапии дурвалумабом
- поддерживающей химиотерапии паклитакселом
- симптоматической терапии

### **Результаты обследования**

**Предполагаемый основной диагноз: Рак прямой кишки**

**+ \_\_\_\_\_ + , клиническая группа 2**

- cT3N1M0 ст. IIIa
- cT1N0M0 ст. I
- cT4N1M1 ст. IIIa
- cT4N0M0 ст. IIIa

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводится в условиях**

- наблюдения на дому
- круглосуточного стационара
- отделения интенсивной терапии
- дневного стационара

**Первым этапом лечения рекомендовано**

- хирургическое
- лучевое
- лучевое/химиолучевое
- химиотерапевтическое

**Вторым этапом хирургического лечения следует выполнить**

**+ \_\_\_\_\_ + и**

**мезоректумэктомию**

- резекцию сигмовидной кишки
- переднюю резекцию прямой кишки
- брюшно-анальную резекцию
- брюшно-промежностную экстирпацию

**К группе препаратов, обязательно применяемым в периоперационном периоде, относятся**

- резекцию сигмовидной кишки
- переднюю резекцию прямой кишки
- брюшно-анальную резекцию
- брюшно-промежностную экстирпацию

### **Дополнительная информация**

Гистологическое заключение по операционному материалу: В толстой кишке после лечения – муцинозная карцинома, с прорастанием всех слоев стенки кишки, жировой клетчатки, резекции, инвазией лимфатических сосудов и периневральных пространств, с хроническим воспалением. В 5-ти лимфатических узлах признаков метастазирования не обнаружено. В проксимальной и дистальной линиях резекции признаков опухолевого роста не выявлено. Лечебный патоморфоз TRG3 pT4N1c

**Заключительный диагноз: (C20) Рак среднеампулярного отдела прямой кишки + \_\_\_\_\_ + клиническая группа 2. Состояние после неoadъювантного курса конформной лучевой терапии с радиомодификацией капецитабином СОД на ПО 54.6 Гр л/коллектор 46,41 Гр Состояние после оперативного лечения**

- резекцию сигмовидной кишки
- переднюю резекцию прямой кишки
- брюшно-анальную резекцию
- брюшно-промежностную экстирпацию

### **Диагноз**

**Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать**

- динамическое наблюдение
- дистанционную лучевую терапию на зону удаленной опухоли
- адъювантную иммунотерапию рекомбинантными интерферонами
- адъювантную химиотерапию

**Наблюдение у районного онколога пациенту показано с периодичностью 1 раз в + \_\_\_\_\_ + и далее**

- 3 месяца первые 2 года; каждые 6 мес. в последующие 3 года
- 6 месяцев 3 года; 1 раз год постоянно
- 12 месяцев 2 года; при появлении жалоб
- 6 месяцев 2 года; 1 раз в год 5 лет

**Колоноскопию рекомендовано выполнять через + \_\_\_\_\_ + , после резекции первичной опухоли, далее каждые**

- 3 месяца первые 2 года; каждые 6 мес. в последующие 3 года
- 6 месяцев 3 года; 1 раз год постоянно
- 12 месяцев 2 года; при появлении жалоб



- 6 месяцев 2 года; 1 раз в год 5 лет

## Условие ситуационной задачи

### Ситуация

Женщина 65 лет обратилась к онкологу в поликлинику по месту жительства.

### Жалобы

На наличие болевого синдрома в проекции грудного отдела позвоночника.

### Анамнез заболевания

Отмечает появление болевого синдрома в проекции грудного отдела позвоночника в течение последних пяти месяцев. К врачам не обращалась. Месяц назад после физической нагрузки с последующим падением на ровную поверхность отметила выраженное усиление болевого синдрома в проекции грудного отдела позвоночника по поводу чего обратилась в поликлинику.

### Анамнез жизни

\* хронических заболеваний нет \* семь лет назад установлен диагноз остеохондроз грудного отдела позвоночника \* не курит, алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей не имеет \* 10 лет назад перенесла лечение по поводу рака левой молочной железы

### Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 170 см. Температура тела  $37,2^{\circ}\text{C}$ . Кожные покровы физиологической окраски и влажности, теплые. В легких дыхание выслушивается, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 71 удар/мин, АД 140/80 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. На передней грудной стенке слева послеоперационный рубец, визуально и при пальпации без очаговой патологии. Передвигается медленно, ввиду болевого синдрома в проекции грудного отдела позвоночника.

**Наиболее важными данными для постановки диагноза при клиническом исследовании пациентки являются наличие в анамнезе рака молочной железы, болевого синдрома в проекции грудного отдела позвоночника с усилением его интенсивности при физической нагрузке и**

- наличие у больной гипертермии до  $37,2^{\circ}\text{C}$
- усиление болевого синдрома после травмы
- значительный вес пациентки
- наличие в анамнезе остеохондроза грудного отдела позвоночника

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- наличие у больной гипертермии до  $37,2^{\circ}\text{C}$
- усиление болевого синдрома после травмы
- значительный вес пациентки
- наличие в анамнезе остеохондроза грудного отдела позвоночника

## **Результаты обследования**

**На основании инструментальных методов обследования у данного пациента возможно диагностировать**

- наличие у больной гипертермии до  $37,2^{\circ}\text{C}$
- усиление болевого синдрома после травмы
- значительный вес пациентки
- наличие в анамнезе остеохондроза грудного отдела позвоночника

## **Диагноз**

**Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в стационарных условиях**

- ортопедического отделения
- отделения лучевой терапии
- научно-исследовательского института Онкологии
- нейрохирургического отделения

**На первом этапе пациентке необходимо рекомендовать**

- таргетную терапию
- системную лекарственную цитостатическую терапию
- хирургическое лечение
- лучевую терапию

**Пациентке необходимо выполнить**

- двухэтапную вертебрэктомию с эндопротезированием
- вертебропластику
- декомпрессионную ламинэктомию
- корпорэктомию тела позвонка с эндопротезированием

**Противопоказанием для выполнения вертебропластики служит наличие признаков**

- почечной недостаточности
- компрессии спинного мозга
- печеночной недостаточности
- кардиальной патологии

**Международные и отечественные результаты выполнения вертебропластики свидетельствуют о положительной динамике в виде снижения интенсивности болевого синдрома у +\_\_\_+ % прооперированных больных**

- 50

- 100
- 60-70
- 80-90

**Адекватность выполненного малоинвазивного вмешательства оценивают**

- при выполнении компьютерной томографии области операции
- клинически при осмотре и оценке неврологического статуса
- по результатам лабораторных тестов крови, мочи и ЭКГ
- по ультразвуковому исследованию послеоперационной области

**Активизация больного после вертебропластики осуществляется после манипуляции через + \_\_\_\_\_ + (в часах)**

- 24
- 3
- 12
- 6

**Тип анестезии, под которой выполняется вертебропластика, представлен**

- местной анестезией
- проводниковой анестезией
- сочетанной анестезией
- интубационным наркозом

**Затекание цемента при выполнении вертебропластики в + \_\_\_\_\_ + является показанием для выполнения срочной операции**

- местной анестезией
- проводниковой анестезией
- сочетанной анестезией
- интубационным наркозом

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 68 лет обратилась к онкологу в поликлинику по месту жительства.

### **Жалобы**

На наличие болевого синдрома в проекции правой большеберцовой кости.

### **Анамнез заболевания**

Отмечает появление болевого синдрома в проекции правой большеберцовой кости в течение последних трех месяцев. К врачам не обращалась. В последний месяц отмечает усиление болевого синдрома при физической нагрузке.

### **Анамнез жизни**

\* правосторонний гонартроз \* менопауза последние 10 лет \* не курит,

алкоголем не злоупотребляет \* профессиональных вредностей не имеет \* 5 лет назад перенесла лечение по поводу рака правой молочной железы

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6<sup>o</sup>C. Кожные покровы физиологической окраски и влажности, теплые. В легких дыхание выслушивается, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72 удара/мин, АД 150/100 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. На передней грудной стенке справа послеоперационный рубец, визуально и при пальпации без очаговой патологии. Передвигается самостоятельно, без средств дополнительной опоры, прихрамывая на правую нижнюю конечность.

**Наиболее важными данными для постановки диагноза при клиническом исследовании пациентки являются наличие в анамнезе рака молочной железы и**

- гипертензии
- правостороннего гонартроза
- болевого синдрома в проекции правой большеберцовой кости с усилением его интенсивности при физической нагрузке
- менопаузы последние 10 лет

**Наиболее доступным методом инструментальной диагностики больной можно назвать**

- гипертензии
- правостороннего гонартроза
- болевого синдрома в проекции правой большеберцовой кости с усилением его интенсивности при физической нагрузке
- менопаузы последние 10 лет

### **Результаты обследования**

**Дополнительными обследованиями, которые необходимо назначить больной, являются**

- гипертензии
- правостороннего гонартроза
- болевого синдрома в проекции правой большеберцовой кости с усилением его интенсивности при физической нагрузке
- менопаузы последние 10 лет

### **Результаты обследования**

**На основании данных клинического и инструментальных методов обследования, у данной пациентки определен диагноз**

- гипертензии
- правостороннего гонартроза
- болевого синдрома в проекции правой большеберцовой кости с усилением его интенсивности при физической нагрузке
- менопаузы последние 10 лет

## **Диагноз**

**Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в**

- стационарных условиях (нейрохирургического отделения)
- стационарных условиях (ортопедического отделения)
- федеральном научно-исследовательском институте онкологии
- стационарных условиях (отделения лучевой терапии)

**На этапе первичного осмотра больной необходимо рекомендовать**

- терапию анальгетиками
- ограничение физической нагрузки
- передвижение на костылях
- ношение фиксирующего коленного ортеза

**На первом этапе пациентке необходимо рекомендовать**

- лучевую терапию
- таргетную терапию
- хирургическое лечение
- системную лекарственную цитостатическую терапию

**Больной необходимо выполнить хирургическое лечение в объеме**

- интрамедуллярного погружного металлостеосинтеза
- накостного металлостеосинтеза пластиной
- резекции диафиза правой большеберцовой кости с эндопротезированием
- остеопластики

**Радикальность выполненной резекции кости интраоперационно определяют при помощи**

- цитологического исследования
- интраоперационного УЗИ исследования
- срочного морфологического исследования
- линейки и определения протяженности отступа от ближнего края опухоли

**Активизацию больного осуществляют на + \_\_\_\_ + сутки после операции**

- 7-8
- 5-6

- 1-2
- 3-4

**Наиболее частым осложнением онкологического эндопротезирования является**

- нестабильность эндопротеза
- ТЭЛА
- перипротезный перелом кости
- инфицирование эндопротеза

**Показанием к ампутации конечности после онкологического эндопротезирования является**

- нестабильность эндопротеза
- ТЭЛА
- перипротезный перелом кости
- инфицирование эндопротеза

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина, 63 года, направлен районным онкологом в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России.

### **Жалобы**

На умеренный болевой синдром в эпигастральной области.

### **Анамнез заболевания**

Считает себя больным в течение последних четырех месяцев, когда впервые отметил появление жалоб на боли в эпигастральной области. С приемом не связывает. По месту жительства у терапевта проходил лечение по поводу обострения хронического гастрита – без эффекта. В связи с усилением болей в течение последней недели обратился к гастроэнтерологу по месту жительства. После осмотра и дообследования был направлен к районному онкологу, после осмотра районным онкологом направлен в ФГБУ «НМИЦ онкологии им. Н.Н. Петрова» Минздрава России.

### **Анамнез жизни**

Из сопутствующей патологии: сахарный диабет 2 типа (длительно). Вредные привычки: злоупотребление алкоголем, курение.

### **Объективный статус**

\* Состояние удовлетворительное. Вес 110 кг, рост 171 см. Температура тела 36,6°C. \* Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. \* Периферические лимфоузлы не увеличены. \* Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания.

ЧД – 17 в минуту. \* При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется ясный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 17 уд в мин.  $PO_2 \sim 98\%$  \* Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 85 уд в мин, АД 132/82 мм рт. ст. \* Живот не вздут, не напряжен, при пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, увеличен в объеме за счет подкожно-жировой клетчатки. Перитонеальных симптомов нет. Со слов больного, мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве. Стул регулярный, оформленный

**Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования являются**

- нестабильность эндопротеза
- ТЭЛА
- перипротезный перелом кости
- инфицирование эндопротеза

**Результаты обследования**

**Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются**

- нестабильность эндопротеза
- ТЭЛА
- перипротезный перелом кости
- инфицирование эндопротеза

**Результаты обследования**

**Дополнительными методами диагностики, позволяющими оценить распространенность процесса, являются**

- нестабильность эндопротеза
- ТЭЛА
- перипротезный перелом кости
- инфицирование эндопротеза

**Результаты обследования**

**На основании полученных данных больному можно поставить диагноз**

- нестабильность эндопротеза
- ТЭЛА

- перипротезный перелом кости
- инфицирование эндопротеза

### **Диагноз**

**Исходя из данных инструментальных обследований, опухолевый процесс оценивается как**

- резектабельный
- нерезектабельный в связи с наличием метастазов
- погранично резектабельный
- неоперабельный

**Пациенту следует рекомендовать**

- химиотерапию
- хирургическое лечение
- лучевую/химиолучевую терапию
- симптоматическую терапию

**Пациенту показано выполнение оперативного вмешательства в объеме**

- химиотерапию
- хирургическое лечение
- лучевую/химиолучевую терапию
- симптоматическую терапию

### **Дополнительная информация**

Пациенту выполнено хирургическое лечение. По данным гистологического исследования операционного материала: умереннодифференцированная протоковая аденокарцинома с инфильтрацией ткани поджелудочной железы, выходом в парапанкреатическую клетчатку, врастанием в мышечную оболочку стенки 12-перстной кишки с началом инвазии в подслизистый слой. В краях резекции – без опухолевого роста. В 2 из 12 исследованных лимфатических узлах – метастазы протоковой аденокарциномы аналогичного первичной опухоли строения.

**Опухолевый процесс в соответствии с классификацией TNM8 следует стадировать как**

- урТ4N1M0
- усТ3N1M0
- рТ4N1M0
- рТ3N1M0

**У пациента \_\_\_\_\_ стадия опухолевого процесса**

- IV
- IIA



- III
- IIВ

**Пациенту после выписки из стационара следует рекомендовать**

- проведение послеоперационной лучевой терапии в сочетании с препаратами платины
- адъювантную химиотерапию в схеме \_FOLFOX\_
- проведение адъювантной полихимиотерапии по схеме GEMCAP или химиотерапии фторпиримидинами в монорежиме
- динамическое наблюдение

**К очевидным факторам риска развития рака поджелудочной железы у данного пациента относят**

- пол
- возраст
- несвоевременное обращение за медицинской помощью
- наличие сахарного диабета, хронического панкреатита, избыточной массы тела, злоупотребление алкоголем

**Наблюдение у районного онколога пациенту рекомендовано с периодичностью 1 раз**

- пол
- возраст
- несвоевременное обращение за медицинской помощью
- наличие сахарного диабета, хронического панкреатита, избыточной массы тела, злоупотребление алкоголем

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Больная А. 54 года обратилась на прием к терапевту по месту жительства. Выдано направление к районному онкологу.

### **Жалобы**

На покраснение, отек кожи правой молочной железы, уплотнение в правой молочной железе, втянутость соска правой молочной железы, боли в правом плече

### **Анамнез заболевания**

7 месяцев назад пациентка самостоятельно обнаружила новообразование в правой молочной железе. Не придавала этому значение, так как, со слов больной “так уже бывало”. Месяц назад заметила, что кожа правой молочной железы покраснела, сама молочная железа отекала, сосок немного втянулся.

### **Анамнез жизни**

Из анамнеза жизни известно, что пациентка страдает артериальной

гипертонией, 2 степени, 2 стадии. Имеется хронический гастрит, вне обострения. В семье онкологическими заболеваниями никто не болел. Роды-1. Аборт-2. Аллергический анамнез: аспирин – крапивница. Вредные привычки: курила 5 лет, в настоящее время не курит.

### **Объективный статус**

Общее состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы розовые, сухие. Слизистые не изменены. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы легких, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 134/82 мм рт. ст., ЧСС 74 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Со слов больной, дизурических явлений нет, стул регулярный. St.localis: Молочные железы не симметричные. Правая больше левой. Кожа правой молочной железы отечна, гиперемирована в центральном отделе и верхних квадрантах, напряжена, горячая на ощупь. Правый сосок втянут, ареола отечна. Выделений из сосков на момент осмотра нет. В ткани правой молочной железы в ниже-наружном квадранте, с переходом в центральный отдел пальпируется плотной консистенции, без четких границ, ограниченно смещаемое узловое образование, размерами около 5,5х2,5 см. Левая молочная железа не деформирована, кожа, сосок и ареола не изменены. В левой молочной железе узловые образования не определяются. В правой аксиллярной области пальпируются множественные плотные лимфоузлы, спаянные между собой до 2,5 см в диаметре. Остальные регионарные лимфоузлы с обеих сторон не увеличены.

**Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются**

- пол
- возраст
- несвоевременное обращение за медицинской помощью
- наличие сахарного диабета, хронического панкреатита, избыточной массы тела, злоупотребление алкоголем

### **Результаты обследования**

**Необходимыми для оценки распространенности процесса инструментальными методами обследования являются**

- пол
- возраст
- несвоевременное обращение за медицинской помощью
- наличие сахарного диабета, хронического панкреатита, избыточной массы тела, злоупотребление алкоголем

### **Результаты обследования**

**На основании полученных данных больной можно поставить диагноз**

- пол
- возраст
- несвоевременное обращение за медицинской помощью

- наличие сахарного диабета, хронического панкреатита, избыточной массы тела, злоупотребление алкоголем

## **Диагноз**

### **У больной молекулярно-биологическим подтипом опухоли является**

- HER2 положительный (не люминальный)
- трижды негативный
- люминальный В HER-2 негативный
- люминальный В HER-2 позитивный

### **Первым этапом комплексного лечения у данной пациентки будет**

- лекарственная терапия
- радикальная мастэктомия справа
- радикальная резекция с одновременной пластикой и установкой импланта
- частичное облучение правой молочной железы и регионарных зон

### **Неoadьювантную терапию у данной пациентки следует проводить в режиме**

- лекарственная терапия
- радикальная мастэктомия справа
- радикальная резекция с одновременной пластикой и установкой импланта
- частичное облучение правой молочной железы и регионарных зон

## **Дополнительная информация**

После проведения неoadьювантной химиотерапии при контрольном обследовании получен выраженный клинико-рентгенологический эффект. Размеры первичной опухоли сократились более чем в 1,5 раза, в правой подмышечной области определяются единичные плотные лимфоузлы.

### **Следующим этапом запланировано хирургическое вмешательство в объеме**

- лекарственная терапия
- радикальная мастэктомия справа
- радикальная резекция с одновременной пластикой и установкой импланта
- частичное облучение правой молочной железы и регионарных зон

## **Дополнительная информация**

Пациентке выполнено хирургическое лечение. Данные гистологического исследования операционного материала: края резекции вне опухоли R0. Лечебный патоморфоз 3 степени - остаточная опухоль составляет менее 5%. Вне опухоли в молочной железе выраженный фиброз и гиалиноз стромы. В коже и соске без элементов опухолевого роста. В 4 регионарных лимфатических узлах метастазы рака с лечебным патоморфозом 3 и 4 степени, без прорастания капсулы. RCB-II.

**Дальнейшая тактика лечения в адъювантном режиме предполагает**

- таргетную терапию трастузумабом до 1 года
- лучевую и гормонотерапию
- отказ от лучевой и гормональной терапии
- продолжение химиотерапии

**Показана лучевая терапия на мягкие ткани передней грудной стенки справа и все зоны регионарного лимфооттока с дозами**

- РОД 4Гр, СОД 60Гр
- РОД 2Гр, СОД 30Гр
- РОД 2Гр, СОД 48-50Гр
- РОД 2,5Гр, СОД 70Гр

**У пациентки гормональный статус соответствует менопаузе. Препаратами гормонотерапии 1-й линии для данной больной будут**

- ингибиторы ароматазы
- аналоги гонадотропин-рилизинг-гормонов
- антиэстрогены
- прогестины

**Для определения менопаузального статуса больной необходимо определять такие гормоны, как**

- уровень витамина D
- эстрадиол, ФСГ в сыворотке крови
- ЩФ, ГГТП
- Т3, Т4, ТТГ

**При возникновении лимфостаза в послеоперационном периоде показано**

- уровень витамина D
- эстрадиол, ФСГ в сыворотке крови
- ЩФ, ГГТП
- Т3, Т4, ТТГ

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина, 58 лет, обратился на амбулаторный прием к врачу онкологу.

### **Жалобы**

На периодически возникающий кашель без отхождения мокроты.

### **Анамнез заболевания**

3 недели назад пациент был на охоте. Со слов, сильно замерз. Лечился

самостоятельно, принимал жаропонижающие препараты, симптоматическую терапию. Через 7 дней симптомы исчезли, однако кашель не прекращался. По этому поводу выполнил флюорографическое исследование, которое показало наличие округлой тени в проекции нижней доли правого легкого. Обратился к терапевту по месту жительства. Была назначена антибактериальная терапия на 7 дней. После завершения лечения повторно выполнено флюорографическое исследование, которое показано, что очаговое образование не регрессировало.

#### **Анамнез жизни**

Из анамнеза жизни известно, что пациент страдает ХОБЛ. Вредные привычки: курение по 1 пачке сигарет в день в течение 30 лет. Онкологические заболевания в семье отрицает. Вредные факторы труда отрицает.

#### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Кожа бледно-розовая, умеренной влажности, холодная, умеренный акроцианоз, температура тела 36,8°C. ЧДД 18 в мин. При перкуссии – над обеими половинами грудной клетки лёгочный звук, в нижних отделах справа отмечается притупление лёгочного звука. Дыхание везикулярное, справа и слева, хрипов не выслушивается, приглушенное в нижних отделах справа. Тоны сердца ясные, ритмичные. Пульс 78 в мин., АД 135/80 мм. рт. ст. Язык влажный. Живот мягкий, безболезненный во всех отделах. Отёков не отмечается. Физиологические отправления в норме, со слов больного.

**Необходимыми для постановки диагноза методами обследования являются**

- уровень витамина D
- эстрадиол, ФСГ в сыворотке крови
- ЩФ, ГГТП
- Т3, Т4, ТТГ

#### **Результаты обследования**

**Для оценки распространенности процесса необходимыми инструментальными методами обследования являются**

- уровень витамина D
- эстрадиол, ФСГ в сыворотке крови
- ЩФ, ГГТП
- Т3, Т4, ТТГ

#### **Результаты обследования**

**Для уточнения N статуса опухоли рекомендуется выполнить**

- бронхографию
- трансбронхиальную и трансэзофагеальную пункционную биопсию лимфоузлов средостения
- диагностическую торакотомию
- лобэктомию

**Пациенту провели трансбронхиальную и трансэзофагеальную пункционную биопсию лимфоузлов средостения. По результатам цитологического исследования в пунктате обнаружены клетки плоскоклеточной карциномы. Таким образом, статус N у данного пациента**

- N1
- N0
- Nx
- N2

**Принимая во внимание данные всех обследований, пациенту можно поставить диагноз**

- N1
- N0
- Nx
- N2

**Диагноз**

**Основным методом лечения при данной стадии будет**

- только хирургическое лечение
- динамическое наблюдение
- комбинированное лечение
- только химиотерапия

**Пациентам с IIIA стадией рака легкого, у которых N2 доказана гистологически, следует выполнять +\_\_\_\_+ курса/курсов неoadъювантной химиотерапии**

- 4
- 2
- 6
- 5

**Адъювантную химиотерапию рекомендуется назначать не позднее +\_\_\_\_+ недель после операции**

- 3
- 8
- 28
- 12

**Одной из наиболее часто применяемых комбинаций для выполнения адъювантной ХТ при плоскоклеточном раке легкого является**

- паклитаксел+карбоплатин

- этопозид+паклитаксел
- карбоплатин+цисплатин
- гемцитабин+цисплатин

**При аденокарциноме легкого необходимо выполнить молекулярно-генетическое исследование для определения мутаций**

- \_ALK, ROS1, BRAF, EGFR\_
- \_PIK3CA\_
- \_HER2\_
- \_PD-L1\_

**Таргетным препаратом при наличие мутации \_EGFR\_ является**

- пембролизумаб
- ипилимумаб
- трастузумаб
- осимертиниб

**Таргетным препаратом при наличие мутации \_ALK\_ является**

- пембролизумаб
- ипилимумаб
- трастузумаб
- осимертиниб

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина, возраст 74 года, пенсионер, обратился к врачу-онкологу.

### **Жалобы**

на периодические боли и тяжесть в правом подреберье.

### **Анамнез заболевания**

В течение последних 3 месяцев отметил три эпизода болей в правом подреберье, по данным ультразвукового исследования выявлено опухолевое образование в печени.

### **Анамнез жизни**

\* Рос и развивался нормально. \* Перенесенные заболевания и операции: отрицает. \* Наследственность: неотягощена. \* Вредные привычки: отрицает. \* Онкологические заболевания в семье: отрицает.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,6°C. Кожные покровы иктеричной окраски, чистые. Отеков нет. Избыточного питания. ИМТ – 36,4. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс частый, хорошего наполнения. ЧСС 77 в мин. АД 135/75 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, опухолевые образования не

определяются. Печень не увеличена, не выступает от реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный.

**На первом этапе данному пациенту необходимо выполнить обследования**

- пембролизумаб
- ипилимумаб
- трастузумаб
- осимертиниб

**Результаты обследования**

**Для окончательного подтверждения диагноза и планирования лекарственной терапии пациенту необходимо выполнить**

- пембролизумаб
- ипилимумаб
- трастузумаб
- осимертиниб

**Результаты обследования**

**Диагнозом в данной клинической ситуации является**

- пембролизумаб
- ипилимумаб
- трастузумаб
- осимертиниб

**Диагноз**

**К фактору риска развития холангиоцеллюлярного рака относится**

- вирус Эпштейна-Барр
- описторхоз
- вирус папилломы человека
- *Helicobacter pylori*

**Тактика ведения данного пациента с локализованным холангиоцеллюлярным раком заключается в**

- трансплантации печени
- стереотаксической лучевой терапии
- хирургическом лечении с последующей адъювантной химиотерапией
- лекарственном лечении

**После проведенного хирургического лечения оптимальным режимом адъювантной химиотерапии является**



- капецитабин
- XELOX
- гемцитабин
- гемцитабин+капецитабин

**В случае прогрессирования заболевания на фоне адъювантной химиотерапии в первой линии лечения следует назначить**

- гемцитабин+ цисплатин
- FOLFIRINOX
- FLOT
- XELOX

**При прогрессировании заболевания на фоне первой линии лечения в режиме «гемцитабин+цисплатин» стандартным режимом во второй линии является**

- регорафениб
- гемцитабин+капецитабин
- FOLFOX
- гемцитабин+абраксан

**Перед назначением второй и последующей линий лечения при холангиоцеллюлярном раке рекомендовано исследовать молекулярно-генетические мишени IDH-1, B-RAF, FGFR2 и**

- EGFR1
- ALK, ROS-1
- PD-L1
- HER-2, MSI

**При блоке сегментарных желчных протоков для билиарной разгрузки целесообразна методика**

- чрескожной чреспеченочной холангистомии
- эндоскопического стентирования холедоха
- формирования обходного анастомоза
- инфузионной терапии

**При случайном выявлении рака желчного пузыря во время холецистэктомии или при T1b-стадии или большем поражении по результатам гистологического исследования рекомендуется**

- проведение адъювантной химиотерапии
- проведение химиолучевой терапии
- выполнение повторной операции
- начало химиотерапии первой линии

**При наличии в опухоли мутации BRAF V600E возможно проведение терапии в режиме**

- проведение адъювантной химиотерапии
- проведение химиолучевой терапии
- выполнение повторной операции
- начало химиотерапии первой линии

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Мужчина 55 лет, инженер, обратился к врачу-гастроэнтерологу.

### **Жалобы**

на \* примесь крови в стуле, \* потерю веса на 7 кг за последние два месяца.

### **Анамнез заболевания**

На протяжении последних 3 месяцев отмечает слабость, потерю веса, а также примесь алой крови в стуле.

### **Анамнез жизни**

\* Рос и развивался нормально. \* Перенесенные заболевания и операции: отрицает. \* Наследственность: неотягощена. \* Вредные привычки: отрицает. \* Опухолевые заболевания в семье: у матери рак молочной железы.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Отёков нет. Избыточного питания. ИМТ – 32,5. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс частый, хорошего наполнения. ЧСС 89 в мин. АД 105/73 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, опухолевые образования не определяются. Печень увеличена, выступает на 2 см от реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, отмечается склонность к запорам.

**Необходимыми методами обследования у данного пациента являются**

- проведение адъювантной химиотерапии
- проведение химиолучевой терапии
- выполнение повторной операции
- начало химиотерапии первой линии

### **Результаты обследования**

**У пациента выявлено опухолевое образование прямой кишки с множественными билобарными очагами в печени. Для окончательного подтверждения диагноза необходимо выполнить**

- проведение адъювантной химиотерапии
- проведение химиолучевой терапии
- выполнение повторной операции
- начало химиотерапии первой линии

## **Результаты обследования**

**Диагнозом в данной клинической ситуации является**

- проведение адъювантной химиотерапии
- проведение химиолучевой терапии
- выполнение повторной операции
- начало химиотерапии первой линии

## **Диагноз**

**Фактором риска развития колоректального рака у данного пациента является**

- влияние профессиональных вредностей
- возрастная категория
- отягощенный опухолевый анамнез
- ожирение (малоподвижный образ жизни)

**По данным молекулярно-генетического исследования выявлена мутация в гене KRAS, MSS, N-RAS-дикий тип, BRAF-дикий тип. Рекомендуемым режимом лечения первой линии для данного пациента является**

- FOLFOX + бевацизумаб
- ниволумаб + пембролизумаб
- FOLFOX + цетуксимаб
- FOLFOXIRI

**Оптимальная продолжительность первой линии лечения при колоректальном раке составляет**

- до прогрессирования или непереносимой токсичности
- 6 месяцев лечения с последующим наблюдением
- 6 месяцев двойной комбинацией + моноклональное антитело с последующей поддержкой DeGramont+ МКА до прогрессирования или непереносимой токсичности
- 12-16 недель двойной комбинацией + моноклональное антитело (МКА) с последующей поддержкой DeGramont+ МКА до прогрессирования или непереносимой токсичности

**В случае прогрессирования заболевания у данного пациента режимом для назначения во второй линии лечения будет**

- FOLFIRI
- FOLFIRI + бевацизумаб
- регорафениб
- FOLFOXIRI

**При колоректальном раке определение статуса HER-2 целесообразно при**

- микросателлитной нестабильности MSI-H
- II-III стадиях заболевания
- правосторонней локализации опухоли
- диком типе генов KRAS, NRAS, BRAF

**В случае прогрессирования заболевания у данного пациента в третьей линии лечения предпочтительным является назначение**

- симптоматического лечения
- трастузумаба+лапатиниба
- регорафениба
- ниволумаба

**Наиболее частым побочным эффектом регорафениба является**

- ладонно-подошвенный синдром
- кожная сыпь
- анемия
- нейтропения

**Здоровому пациенту старше 50 лет при отсутствии жалоб колоноскопия в рамках скрининга должна выполняться один раз в (в годах)**

- 5
- 3
- 10
- 2

**Перед назначением лекарственной терапии пациенту необходимо выполнить молекулярно-генетические исследования по определению статуса генов**

- 5
- 3
- 10
- 2

## **Условие ситуационной задачи**

### **Ситуация**

Женщина 43 лет, врач, проходит плановую диспансеризацию.

### **Жалобы**

на \* слабость в течение последних 3 месяцев, \* периодические боли в эпигастрии.

### **Анамнез заболевания**

На протяжении 3 месяцев отмечает слабость, боли в эпигастрии. При диспансеризации в общем анализе крови выявлено снижение гемоглобина до 95 мг/л.

### **Анамнез жизни**

\* Росла и развивалась нормально. \* Перенесенные заболевания и операции: отрицает. \* Наследственность: неотягощена. \* Вредные привычки: курение по пачке в день в течение последних 10 лет.

### **Объективный статус**

Состояние удовлетворительное. Температура тела – 36,6°C. Кожные покровы обычной окраски, чистые. Отёков нет. Избыточного питания. ИМТ – 32,5. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Пульс частый, хорошего наполнения. ЧСС 94 в мин. АД 103/73 мм рт.ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, опухолевые образования не определяются. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Стул оформленный, регулярный.

**Необходимыми для постановки точного диагноза методами обследования пациентки являются**

- 5
- 3
- 10
- 2

### **Результаты обследования**

**Для наиболее точного стадирования опухолевого процесса необходимо выполнить**

- 5
- 3
- 10
- 2

### **Результаты обследования**

**Диагнозом для данной пациентки является «Рак тела желудка**

- 5
- 3
- 10
- 2

### **Диагноз**

**Позитронно-эмиссионную компьютерную томографию для стадирования рака желудка необходимо выполнять только при**

- перстневидноклеточном раке
- отсутствии отдаленных метастазов по данным КТ
- наличии метастазов по брюшине
- микросателлитной нестабильности MSI-H

**Общий принцип ведения данной больной заключается в проведении**

- лекарственной противоопухолевой терапии
- хирургического лечения
- лучевой терапии
- периперационной химиотерапии и хирургического лечения

**Перед назначением лечения данной пациентке необходимо выполнить молекулярно-генетические тесты**

- BRAF, KRAS, CKIT
- FGFR2, IDH1, PIK3CA
- EBV, EGFR3
- MSI, HER-2, PD-L1(CPS)

**По результатам молекулярно-генетического исследования (HER2 (–), PD-L1 (CPS 3) данной пациентке предпочтительно назначить режим химиотерапии первой линии**

- паклитаксел+рамуцирумаб
- FOLFOX (оксалиплатин, лейковорин, фторурацил)
- DCF (доцетаксел, цисплатин, фторурацил)
- FOLFOX+ниволумаб

**При прогрессировании опухолевого процесса на фоне первой линии лечения пациентки оптимальным режимом второй линии лечения является**

- FLOT
- паклитаксел+рамуцирумаб
- DCF
- XELOX

**Оптимальная продолжительность химиотерапии первой линии составляет (в неделях)**

- 18 (возможно лечение до прогрессирования заболевания)
- 36 (с последующим динамическим наблюдением)
- 28 (возможно лечение до прогрессирования заболевания)
- 8 (с последующей поддержкой фторпиримидинами)

**Стандартным режимом периперационной химиотерапии при локализованном раке желудка является**

- FOLFIRINOX
- FLOT
- FOLFOX
- FOLFIRI

**В третьей линии лечения рака желудка допустимо назначение**

- трастузумаба
- регорафениба
- ниволумаба (при PDL-1 CPS > 5)
- ниволумаба (независимо от уровня PDL)

**При раке желудка внутрибрюшная гипертермическая химиотерапия**

- используется в комплексе с системной химиотерапией в режиме FLOT
- применяется в комплексе с хирургическим лечением первичной опухоли
- рутинно не рекомендуется, допускается только в рамках клинических исследований
- применяется при диссеминации опухоли по брюшине