Ситуационные задачи
Патологическая анатомия

medkeys.ru/product/patologiya/

Условие ситуационной задачи

Вскрытие
На вскрытии больного 30 лет, умершего от отека мозга, в С-3 правого легкого обнаружен творожистого вида белесоватого цвета очаг с неровными контурами размерами 2×3 см. Ткань бифуркационных лимфоузлов замещена творожистого вида массами. В головном мозге определяется сглаженность борозд. На мозговых оболочках конвекситального-базилярной поверхности мозга — просовидные белесоватого цвета высыпания.
Заражение туберкулезной микобактерией происходит чаще всего +_____+ путями

- аэрогенным и алиментарным
- половым и аэрогенным
- аэрогенным и половым
- алиментарным и половым

Формирование гранулемы происходит в результате клеточно-опосредованной иммунной реакции

- гиперчувствительности замедленного типа
- цитотоксической –lgG и lgM
- иммунокомплексной –lgG и lgM
- гиперчувствительности немедленного типа

Названием обнаруженной легочной патологии является

- гиперчувствительности замедленного типа
- цитотоксической –lgG и lgM
- иммунокомплексной –lgG и lgM
- гиперчувствительности немедленного типа

Патогенез

Изменения, обнаруженные в головном мозге, можно классифицировать как туберкулезный(ая)

- энцефалит
- менингиома
- серозный менингит
- лептоменингит

Морфологическими изменениями, которые можно выявить при гистологическом исследовании легочной ткани и мозговых оболочек, являются

- энцефалит
- менингиома
- серозный менингит
- лептоменингит

На микрофотографии (Слайд1) печени, стрелкой указана многоядерная клетка

- Рида – Березовского – Штернберга
- Пирогова-Лангханса
- Тутона
- инородных тел

Наиболее частыми фоновыми заболеваниями для инфекционных и паразитарных болезней у взрослых являются

- хроническая почечная недостаточность
- атеросклероз и гипертоническая болезнь
- все формы ишемической болезни сердца
- сахарный диабет, алкоголизм

Основным заболеванием является

- самое грозное осложнение
- непосредственная причина смерти
- фоновое заболевание
- первоначальная причина смерти

Комбинированным заболеванием считается

- наличие двух основных заболеваний
- наличие основного заболевания и смертельного осложнения
- наличие основного заболевания и сопутствующего
- расхождение по патогенезу

Наиболее распространенной окраской гистологического среза с парафинового блока для выявления возбудителя туберкулеза является

- гематоксилин-эозином
- железным гематоксилином Вейгерта (по Ван-Гизону)
- по Романовскому-Гимзе
- по Цилю-Нильсену

Толщина парафиновых срезов колеблется от +_____+ до +_____+ мкм

- 2; 5
- 15; 25
- 3-5; 15
- 20; 40

Традиционным, универсальным методом окраски гистологических препаратов является окраска

- 2; 5
- 15; 25
- 3-5; 15
- 20; 40

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В патологоанатомическое отделение поступил труп женщины 75 лет.
Клинические данные
* *Жалобы при поступлении в стационар:* одышка, отёки ног * *Из анамнеза заболевания:* в течение многих лет страдает артериальной гипертронией. ИБС: постинфарктный кардиосклероз. Сахарный диабет 2 типа, средней тяжести, на пероральных сахароснижающих препаратах. * *Из анамнеза жизни:* Холецистэктомия в возрасте 35 лет по поводу острого калькулезного холецистита. * *При объективном исследовании:* состояние больной средней тяжести, сознание ясное, анасарка, асцит, тахипноэ – 25 в минуту. Артериальное давление 160/100 мм рт. ст., пульс – 98 уд. в мин. * *При физическом исследовании:* над нижней долей правого лёгкого – притупление перкуторного звука, ослабление дыхания и участок влажных хрипов. * *Данные лабораторных исследований:* Hb – 70 г/л, лейкоциты – 19х10^9^/л; эритроциты– 2,7х10^12^/л; СОЭ – 55 мм/ч; тромбоциты – 353х109, билирубин – 13 мкмоль/л, мочевина - 16,7 ммоль/л, глюкоза – 7 ммоль/л, креатинин – 270 мкмоль/л. На ЭКГ – брадиформа фибрилляции предсердий, рубцовые изменения миокарда задней стенки левого желудочка. * Госпитализирована в отделение интенсивной терапии, проводилось лечение сердечной недостаточности. Однако, несмотря на интенсивное лечение, через 2 суток больная умерла и была направлена на патологоанатомическое вскрытие с диагнозом: Основное заболевание: ИБС, повторный инфаркт миокарда задней стенки левого желудочка (давностью около 2 суток) Фоновое заболевание: Сахарный диабет 2 типа, средней тяжести, субкомпенсированнный. Артериальная гипертония. Осложнения: Недостаточность кровообращения 3 степени. Двусторонняя нижнедолевая бронхопневмония. Острая левожелудочковая недостаточность.
Данные патологоанатомического исследования
Стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (3 степени, 4 стадии по Автандилову с сужением просвета передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии до 60%). Крупноочаговый постинфарктный фиброз

передней стенки левого желудочка и верхушки сердца. Гипертрофия миокарда левого желудочка (вес сердца – 550 г, толщина стенки левого желудочка – 1,8 см), артериолосклеротический нефросклероз. Артериологиалиноз внутренних органов Очаговый фиброз и липоматоз поджелудочной железы. Застойная двусторонняя сливная нижнедолевая бронхопневмония. Отёк лёгких. Мелкоочаговые постинфарктные кисты обоих полушарий головного мозга в области подкорковых ядер.

Перед началом вскрытия врачу-патологоанатому необходимо

- изучить медицинскую карту стационарного больного
- составить предварительный патологоанатомический диагноз на основе клинических данных
- внести в форму № 015/у сведения о поступлении в патологоанатомическое отделение тела умершего
- заполнить Медицинское свидетельство о смерти

При макроскопическом исследовании лёгких с двусторонней нижнедолевой сливной бронхопневмонией наблюдаются

- уплотнения всей доли левого лёгкого, сливающиеся серые, суховатые участки зернистого вида на поверхностях разреза
- полости неправильной формы с казеозными массами
- сливающиеся плотные безвоздушные участки сероватого цвета в нижних долях справа и слева, сформированные преимущественно вокруг бронхов
- клиновидные очаги тёмно-вишнёвого цвета с основанием, обращённым к плевральной поверхности

Обязательным методом патологоанатомического исследования для постановки окончательного диагноза является

- токсикологический анализ
- биохимический анализ трупной крови
- молекулярно-генетический анализ
- гистологическое исследование органов и тканей

К дополнительному методу исследования для выявления возможного возбудителя пневмонии можно отнести

- токсикологический анализ
- биохимический анализ трупной крови
- молекулярно-генетический анализ
- гистологическое исследование органов и тканей

При гистологическом исследовании легких выявлена картина (см. слайд 1)

- очагового фиброза и липоматоза поджелудочной железы
- артериолосклеротического нефросклероза

- двусторонней сливной бронхопневмонии
- постинфарктного фиброза миокарда передней стенки левого желудочка

Изменениями внутренних органов, свидетельствующими о длительно существующей гипертонической болезни, являются

- очаговый фиброз и липоматоз поджелудочной железы
- стенозирующий атеросклероз коронарных артерий (3 степени, 4 стадии по Автандилову с сужением просвета передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии до 60%)
- гипертрофия миокарда левого желудочка сердца, артериолосклеротический нефросклероз, артериологиалиноз внутренних органов
- двусторонняя сливная нижнедолевая бронхопневмония, отёк лёгких

Проявлением длительно существующей гипертонической болезни является наличие

- крупноочагового постинфарктного фиброза передней стенки левого желудочка и верхушки сердца
- липоматоза поджелудочной железы
- мелкоочаговых постинфарктных кист обоих полушарий головного мозга в области подкорковых ядер и артериологиалиноза
- двусторонней сливной бронхопневмонии

Основным заболеванием в данном случае является

- крупноочагового постинфарктного фиброза передней стенки левого желудочка и верхушки сердца
- липоматоза поджелудочной железы
- мелкоочаговых постинфарктных кист обоих полушарий головного мозга в области подкорковых ядер и артериологиалиноза
- двусторонней сливной бронхопневмонии

Патологоанатомический диагноз

Двусторонняя сливная бронхопневмония в данном случае является

- сопутствующим заболеванием
- осложнением основного заболевания
- основным заболеванием
- фоновым заболеванием

Непосредственной причиной смерти в данном случае является

- полиорганная недостаточность
- острая сердечно-сосудистая недостаточность
- хроническая сердечная недостаточность

- лёгочно-сердечная недостаточность

Данное вскрытие следует отнести к +____+ категории сложности

- 2
- 3
- 4
- 1

При сличении клинического и патологоанатомического диагнозов имеет место

- 2
- 3
- 4
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В патологоанатомическое отделение онкологического диспансера поступили готовые гистологические препараты № Х01-06/19, совпадающие с ними парафиновые блоки и сопроводительная медицинская документация для консультативного пересмотра.
Жалобы
Пациентка Н., 65-ти лет предъявляет активные жалобы на боли ноющего характера внизу живота, кровянистые выделения из половых путей, увеличивающиеся при поднятии тяжестей, физической нагрузке, на фоне 10 лет менопаузы.
Анамнез заболевания
Считает себя больной в течение нескольких месяцев, когда начались постоянные кровянистые выделения из половых путей, по поводу чего обратилась к гинекологу. При клинико-инструментальном обследовании по месту жительства выявлена локализованная опухоль матки, исходящая из дна тела матки с признаками прорастания в миометрий, без достоверного распространения на окружающие органы. Регионарные лимфатические узлы не увеличены, диаметром до 1,2 см, мягко-эластичные, безболезненные при пальпации. Данных за отдаленные метастазы нет.
Анамнез жизни
Наследственность не отягощена. Росла и развивалась в соответствии с полом и возрастом. Из детских инфекций перенесла ветряную оспу, краснуху; часто болела ОРЗ в зрелом возрасте. Аллергологический анамнез не отягощен. Менархе в 11 лет, цикл установился в течение года. Половая жизнь с 21 года. Беременностей – 4. Родов – 2. Выкидышей – 2 . Абортов – 0.
Объективный статус

Прижизненный забор фрагмента ткани пораженного органа у больных с диагностической целью является

- 2
- 3
- 4
- 1

Результаты обследования

Для окрашивания соскобов из полости и шейки матки используется рутинное окрашивание гематоксилином-эозином, дополнительным, необходимым для подтверждения гистологического диагноза, методом окрашивания является

- 2
- 3
- 4
- 1

Результаты обследования

Предполагаемым основным диагнозом является

- 2
- 3
- 4
- 1

Диагноз

Гистологический тип опухоли представлен

- недифференцированным раком
- низкодифференцированной эндометриоидной аденокарциномой тела матки
- герминогенной опухолью тела матки
- серозным раком эндометрия

Наряду с гистологическим типом и степенью дифференцировки опухоли эндометрия наиболее важным прогностическим фактором является

- идентификация опухолевых клеток в сосудах миометрия
- распространение опухоли на истмическую часть матки
- распространение опухоли на маточные углы
- объем поражения ткани эндометрия

Наиболее частым типом рака эндометрия у женщин в постменопаузе является

- серозная карцинома тела матки
- карциносаркома
- эндометриоидная карцинома тела матки
- рак тела матки любого гистологического строения

Удаление сальника рекомендуется при

- серозном раке тела матке, карциносаркоме, раке тела матки с метастазами в яичники
- ни при каком из вышеперечисленных условий
- раке тела матке любого гистологического строения с инвазией в миометрий
- эндометриоидном раке с прорастанием в цервикальный канал

При микроскопическом исследовании в эндометриоидной карциноме тела матки обнаружены участки солидного строения из клеток без тенденции к формированию желез, с обильной эозинофильной цитоплазмой, признаками кератинизации, наличием межклеточных мостиков, что соответствует

- эндометриоидной карциноме тела матки с очагами плоскоклеточной дифференцировки
- метастатическому поражению тела матки
- опухоли с наиболее худшим прогнозом
- «чистому» плоскоклеточному раку на фоне эндометриоидной карциномы

При неэндометриоидном РТМ (серозная, светлоклеточная аденокарцинома, карциносаркома), начиная с IA стадии при наличии метатстазов в лимфатических узлах, рекомендованным лечением является

- гормонотерапия
- адьювантная ХТ
- дистанционная ЛТ
- гормонотерапия в сочетании с адьювантной ХТ

При рецидиве РТМ в культе влагалища после ВЛТ рекомендуется

- удаление опухоли с последующей ХТ
- удаление опухоли с последующей дистанционной ЛТ
- удаление опухоли с последующей ХТ и гормонотерапией
- удаление опухоли и лимфаденэктомия с последующей ЛТ и ХТ

Согласно положению о двух патогенетических вариантах рака эндометрия, к карциномам 2-го типа относятся

- местнораспространненые опухоли тела матки
- эстрогеннезависимые опухоли, возникающие у женщин старшего возраста в постменопаузальном периоде, не связаны с атипической гиперплазией эндометрия
- злокачественные опухоли эндометрия с метастазами в яичники
- эстрогензависимые опухоли, возникающие у молодых женщин на фоне атипической гиперплазии эндометрия. Самым частым микроскопическим вариантом является эндометриоидный рак

Исследование белков репарации неспаренных оснований (MMR) следует проводить у молодых женщин с подозрением на

- местнораспространненые опухоли тела матки
- эстрогеннезависимые опухоли, возникающие у женщин старшего возраста в постменопаузальном периоде, не связаны с атипической гиперплазией эндометрия
- злокачественные опухоли эндометрия с метастазами в яичники
- эстрогензависимые опухоли, возникающие у молодых женщин на фоне атипической гиперплазии эндометрия. Самым частым микроскопическим вариантом является эндометриоидный рак

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина, 56 лет, 4 месяца назад отметила неприятные ощущения в области шеи, самостоятельно обнаружила пальпируемый узел на передней поверхности шеи. При объективном обследовании: Щитовидная железа увеличена, в правой доле пальпируется образование плотно-эластичной консистенции, не смещаемо, диаметром около 3 см. Левая доля не увеличена, безболезнена, подвижна. Лимфатические узлы не пальпируются. По данным УЗ-исследования: объем щитовидной железы увеличен, составляет 40 мл (норма у женщин до 18 мл). Размер правой доли 3,5х2,5х6,2 см, левой – 1,4х1,5х4,2 см. В обеих долях признаки аутоиммунного поражения, а также жидкостные зоны с четкими контурами размерами 3-6 мм, в верхнем полюсе правой доли определяется гипоэхогенная солидная структура с неровными, нечеткими контурами, наличием гиперэхогенных включений (микрокальцинаты), размерами 2,5х1,7х1 см. Признаки распространения за пределы щитовидной железы отсутствуют. Регионарные лимфатические узлы без видимых изменений. Цитологическое заключение проведенной тонкоигольной аспирационной биопсии: Клеточные комплексы с выраженным ядерным полиморфизмом, частью – с эксцентрично расположенным ядром, частью – двуядерные. Цитоплазма клеток содержит эозинофильные гранулы. Категория цитологической классификации Bethesda – VI. Лабораторные показатели: В сыворотке крови уровень ТТГ= 2 мМЕ/л; уровень кальцитонина=220 пг/мл

Срок выполнения патолого-анатомических исследования операционного материала при назначении дополнительных иммуногистохимических методов исследования с применением до 5 маркеров составляет не более +_____+ рабочих дней с момента приема материала

- 10
- 7
- 15
- 5

Патолого-анатомическое исследование операционного материала в данном случае относится к +_____+ категории сложности

- третьей
- первой
- пятой
- второй

Характеристикой опухоли по международной системе TNM является злокачественное образование щитовидной железы

- третьей
- первой
- пятой
- второй

Диагноз

Согласно классификации TNM опухолей щитовидной железы, pT2 характеризует размер первичной опухоли > +_____+ см в наибольшем измерении, ограниченная тканью щитовидной железы

- 2 см, но ≤6
- 1 см, но ≤2
- 2 см, но ≤4
- 1 см, но ≤4

Самой частой злокачественной опухолью щитовидной железы является +_____+ рак

- фолликулярный
- анапластический
- папиллярный
- медуллярный

Опухоль представлена солидными полями и тяжами округлых, частью - веретеновидных клеток, распределенных среди бесклеточного эозинофильного матрикса; клетки опухоли с обильной светлой

цитоплазмой, укрупненными ядрами с гранулярным хроматином, отмечаются множественные фокусы лимфоваскулярной инвазии. Вероятным гистологическим типом, согласно описанной морфологической картине, является +_____+ рак щитовидной железы

- фолликулярный
- анапластический
- медуллярный
- папиллярный

Для медуллярного рака щитовидной железы характерно отсутствие экспрессии

- кальцитонина
- хромогранина
- тироглобулина
- синаптофизина А

При подтверждении семейной формы медуллярного рака щитовидной железы необходимо провести молекулярно-генетическое тестирование

- родственникам пациента старше 40 лет
- жене/мужу
- детям, сибсам, родителям пациента
- только детям

С-клетки щитовидной железы относятся к +_____+ системе

- APUD
- GALT
- BALT
- MALT

В структуре заболеваемости чаще встречаются +_____+ формы медуллярного рака

- индолентные
- семейные
- спорадические
- врожденные

Bethesda Thyroid classification содержит _____ диагностических категорий

- 6
- 4
- 7
- 5

К основным факторам развития рака щитовидной железы относят

- 6
- 4
- 7
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация
При наружном осмотре умершего от уремии и интоксикации, определяются изменения кожных покровов на пальцах рук («руки прачки»), резко контурированные мышцы («поза гладиатора»). Мышцы темно-красного цвета, кровь в венах густая и темная. Серозные оболочки покрыты липкой, прозрачной слизью. В просвете кишечника большое количество жидкого содержимого в виде «рисового отвара».
В первую очередь можно предположить наличие у пациента

- брюшного тифа
- дизентерии
- сальмонеллеза
- холеры

Входными воротами при холере является(ются)

- воздухоносные пути
- кожные покровы
- пищеварительный тракт
- ротовая полость

Чаще всего инкубационный период составляет от +_____+ дней

- 14 до 18
- 20 до 25
- 2 до 3
- 6 до 10

Механизмом передачи инфекции является

- 14 до 18
- 20 до 25
- 2 до 3
- 6 до 10

Как называется признак холеры представленный на фото (см Изображение 1)

- «плавник моржа»
- «птичья лапа»
- «рука прачки»
- «барабанные палочки»

Наиболее частыми осложнениями при холере являются

- перфорация кишки, аппендицит
- малигнизация, кишечная непроходимость
- инфаркт миокарда, мезентериальный тромбоз
- гломерулонефрит, гепатит

Наибольшая восприимчивость к холере наблюдается у лиц

- с гиперацидным гастритом
- с любыми формами ишемической болезни сердца
- со сниженной кислотностью желудочного сока
- страдающих патологией печени

Основным методом диагностики возбудителя холеры является

- гистологическое исследование пленок
- бактериологический метод
- молекулярно-генетический метод (ПЦР)
- клинический анализ крови

Наиболее частыми фоновыми заболеваниями для инфекционных и паразитарных болезней у взрослых являются

- все формы ишемической болезни сердца
- сахарный диабет, алкоголизм
- вторичные гипертензии и эссенциальная гипертензия
- атеросклероз и гипертоническая болезнь

Из числа сложных фиксирующих жидкостей наибольшее практическое значение в работе патологоанатомического отделения имеет

- жидкость Карнуа
- фиксатор Шерешевского-Тернера
- цинк-формалиновый фиксатор
- жидкость Боуэна

К структурным компонентам клетки, обусловливающим базофилию цитоплазмы, относятся

- агранулярная эндоплазматическая сеть
- лизосомы
- комплекс Гольджи

- рибосомы

К основным ядерным красителям относится

- агранулярная эндоплазматическая сеть
- лизосомы
- комплекс Гольджи
- рибосомы

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больной А. 58 лет. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах.
Минимальные клинические данные
Считает себя больным в течение 3-х месяцев. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. КТ-томография: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого (T2bN0M0). Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен.
У подавляющего большинства больных раком легкого (85-90%) развитие заболевания связано с

- алкоголем
- приемом наркотиков
- лучевой терапией по поводу заболеваний грудной органов грудной полости
- курением

При выявлении неплоскоклеточного (в том числе, диморфного) рака рекомендовано проведение молекулярно-генетических исследований на наличие активирующих мутаций гена

- алкоголем
- приемом наркотиков
- лучевой терапией по поводу заболеваний грудной органов грудной полости
- курением

Снимок 1 (х200)

На снимке 1 представлен гистологический тип опухоли

- алкоголем
- приемом наркотиков
- лучевой терапией по поводу заболеваний грудной органов грудной полости
- курением

Снимок 2 (х200)

На снимке 2 представлен гистологический тип опухоли

- алкоголем
- приемом наркотиков
- лучевой терапией по поводу заболеваний грудной органов грудной полости
- курением

Снимок 3 (х200)

Указанное красной стрелкой образование называется (Снимок 3)

- тельцем Гассаля
- очагом обызвествления
- раковой жемчужиной
- казеозным некрозом

КТ-томография: T2N0M0, размеры первичной опухоли составляют от +_____+ до +_____+ см

- 3;7
- 3;5
- 5;7
- 2;3

Ситуация – рак легкого с переходом опухоли на диафрагму, без региональных и отдаленных метастазов. Правильно сформулированный диагноз TNM

- 3;7
- 3;5
- 5;7
- 2;3

Стадирование

Объективной причиной расхождения диагноза является

- неправильная трактовка лабораторных и других методов обследования
- отсутствие у врача необходимых навыков
- кратковременное пребывание больного в стационаре
- недостаточное обследование больного вследствие недостатка времени

Ведущим принципом формулирования диагноза в медицине является

- деонтологический
- патогенетический
- этиологический
- нозологический

Под основным заболеванием понимают

- первоначальную причину смерти
- самое грозное осложнение
- непосредственную причину смерти
- фоновое заболевание

При исследовании микропрепарата используется объектив „40” и окуляр „15”, общее увеличение микроскопа составляет

- 600
- 550
- 55
- 60

Традиционным, универсальным методом окраски гистологических препаратов является окраска

- 600
- 550
- 55
- 60

Условие ситуационной задачи

Ситуация
На исследование поступил операционный материал после мастэктомии.
Жалобы
Выделения из соска красного цвета, болезненность левой молочной железы.
Анамнез заболевания
Травму молочной железы отрицает. Впервые заметила выделения из соска, покраснение и боль 3 месяца назад.

Анамнез жизни
Менопауза с 50 лет. Беременности 1, роды 1, грудное вскармливание. У бабушки в анамнезе рак молочной железы.
Объективный статус

Исходя из клинических данных и микроскопической картины, можно поставить вероятный диагноз

- 600
- 550
- 55
- 60

Диагноз

Предполагаемым источником рака Педжета являются клетки

- 600
- 550
- 55
- 60

В дальнейшем при исследовании биоптата в строме ткани молочной железы были обнаружены следующие структуры (Фото 1, окраска гематоксилин-эозин, увеличение 40х). Эта морфологическая картина наиболее соответствует

- инвазивной дольковой карциноме
- раку Педжета
- инвазивной неспецифицированной карциноме
- протоковой карциноме in situ

Антителом для иммуногистохимического исследования, которое может помочь с выяснением морфологической картины, является

- CD45
- герцептин
- SMA
- панцитокератин

Женщине была выполнена левосторонняя мастэктомия с исследованием сигнального лимфатического узла на срочном гистологическом исследовании. По результатам макроскопического патологоанатомического исследования размер узла 1,1 см, по данным срочного гистологического исследования в сигнальном лимфоузле без метастазы не обнаружены. Микроскопическая картина узла соответствует дуктальной карциноме in situ молочной железы. С целью определения

дальнейшей тактики онколога, следует назначить такие иммуногистохимические антитела как

- HER2
- ER
- Ki67
- CK18

Патологоанатомическая стадия в данном случае

- pTisN1a
- pT1bN0
- pTisN0
- pT1aN0

Частота встречаемости рака Педжета

- редко (менее 5%)
- очень часто (более 50%)
- очень редко (менее 0,01%)
- часто (более 10%)

Локализация, которая может быть затронута экстрамаммарным раком Педжета

- трахея
- миндалина
- вульва
- печень

Антитело для иммуногистохимического исследования, которое может помочь с выяснением диагностической картины рака Педжета

- CK7
- MDM2
- EWSR1
- PSA

Один из признаков для определения степени злокачественности в дуктальных карциномах in situ молочной железы

- по числу митозов
- по индексу пролиферативной активности Ki67
- поляризации хроматина
- по ядерному полиморфизму

Один из определяющих морфологических признаков для диагностики карциномы in situ молочной железы

- базальные опухолевые клетки, ограничивающие поражение
- наличие миоэпителиальных клеток, ограничивающих опухоль
- наличие плоского эпителия в опухоли
- наличие фибробластов вокруг опухоли

Неблагоприятный и наименее дифференцированный морфологический паттерн in situ карциномы

- базальные опухолевые клетки, ограничивающие поражение
- наличие миоэпителиальных клеток, ограничивающих опухоль
- наличие плоского эпителия в опухоли
- наличие фибробластов вокруг опухоли

Условие ситуационной задачи

Ситуация
К вам на исследование поступил биоптат из очага в правом легком от 60-летнего мужчины.
Жалобы
Кашель с мокротой, ухудшение самочувствия, одышка, повышение температуры до 38°С.
Анамнез заболевания

Анамнез жизни
Курит на протяжении 20 лет. Работает водителем на скорой помощи.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное, сознание ясное. Кожные покровы обычной окраски, теплые, сухие. Периферических отеков нет. Доступные лимфатические узлы не увеличены. Дыхание проводится во все отделы, жесткое. Гемодинамически стабилен. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Физиологические отправления в норме.
В данном случае можно поставить морфологический диагноз

- базальные опухолевые клетки, ограничивающие поражение
- наличие миоэпителиальных клеток, ограничивающих опухоль
- наличие плоского эпителия в опухоли
- наличие фибробластов вокруг опухоли

Диагноз

Оптимальный алгоритм для иммуногистохимической диагностики с помощью антител к

- TTF-1 и p40
- p63, p21, TTF1, CK7
- p63 и p40

- CK8, CK18, TTF1, CK7

Морфологическая картина биоптата легкого соответствует аденокарциноме. Оптимальные первичные молекулярно-генетические тесты в генах, которые необходимо провести для выбора таргетной терапии

- EGFR, ALK, MAPK, PI3K, ROS1, PD-L1
- EGFR, ALK, KRAS, NRAS, ROS1, RET, MET, PD-L1
- EGFR, ALK, KRAS, ROS, RET, MET, PD-L1
- EGFR, ALK, ROS1, RET, MET

Антитело для иммуногистохимического исследования, которое определяет транслокацию в аденокарциноме легкого

- PD-L1
- HER2
- ALK
- EGFR

Пациенту на основании данных биопсии (плоскоклеточная карцинома легкого) была выполнена пневмонэктомия с лимфодиссекцией. По результатам макроскопического патологоанатомического исследования: Правое легкое 25х23х12 см. Плевра гладкая, блестящая. На разрезе в главном бронхе, на расстоянии 5 см от края резекции, плотный, серо-белый узел, с нечеткими границами, с перибронхиальным распространением 5,5х3х6 см, распространением на нижне-долевой и средний бронх. Инвазия в крупные сосуды отсутствует. На остальном протяжении ткань легкого отечна, с очагами темно-красного цвета, в просвете бронха слизь. По результатам микроскопического исследования: Центральный умереннодифференцированный неороговевающий плоскоклеточный рак правого легкого 6 см в наибольшем измерении, с распространением на главный бронх, периваскулярным, перибронхиальным и эндобронхиальным ростом, выходом в клетчатку средостения, с инвазией в 1 из 2 лимфоузлов 11R группы. Края резекции главного бронха и сосудов вне опухоли. Метастазы в 1 лимфоузел 8R группы, 1 из 3 лимфоузлов 10R группы с выходом в жировую клетчатку средостения, 2 из 3 лимфоузлов 2R группы. 2 лимфоузла 3А группы, 5 лимфоузлов 4R группы, 5 лимфоузлов 7 группы, 1 лимфоузел 8L группы без метастазов. Патологоанатомическая стадия по результатам морфологического исследования

- pT3N3
- pT4N1
- pT4N2
- pT3N2

Плоскоклеточная карцинома легкого, размером 2,5 см, располагающаяся периферически, в нижней доле легкого, инвазирует в висцеральную плевру. Патологоанатомическая стадия в данной ситуации

- 2a
- 4
- 3
- 1b

Факторы, помимо размера опухолевого узла, при вырезки легкого, которые необходимо учитывать, с целью стадирования в рамках стадии pT2

- вовлечение париетальной плевры и долевого бронха
- инвазия в париетальную плевру
- вовлечение висцеральной плевры
- инфильтрация диафрагмы

Локализация иммуногистохимической окраски при использовании антитела к белку PD-L1 в немелкоклеточных карциномах легкого

- митохондрия
- цитоплазма
- мембрана
- комплекс Гольджи

Иммуногистохимическое определение экспрессии PD-L1 независимо от клона возможно с помощью системы подсчета

- Weinbeng positive score (WPS)
- epidermal Lung score (ELS)
- combined positive score (CPS)
- Gutmann positive score (GPS)

В каких клетках можно определять PD-L1 экспрессию для назначения терапии ингибитором контрольной иммунной точки

- нейтрофилах
- фиброцитах
- опухолевых клетках
- фибробластах

Методы для определения ALK транслокации в аденокарциноме легкого

- ПЦР
- NanoString
- NGS
- FISH

Морфологический критерий плоскоклеточной карциномы

- ПЦР
- NanoString
- NGS
- FISH

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Микропапиллярный морфологический паттерн роста аденокарциномы легкого наблюдается на микропрепарате

- 4
- 5
- 1
- 3

Папиллярный морфологический паттерн роста аденокарциномы легкого наблюдается на микропрепарате

- 3
- 4
- 2
- 1

Стелющийся морфологический паттерн роста аденокарциномы легкого наблюдается на микропрепарате

- 1
- 6
- 3
- 2

Солидный морфологический паттерн роста аденокарциномы легкого наблюдается на микропрепарате

- 6
- 4
- 3
- 5

Ацинарный морфологический паттерн роста аденокарциномы легкого наблюдается на микропрепарате

- 3
- 5
- 6
- 4

Фото микропрепарата, где отображён морфологический паттерн, наиболее часто встречающаяся в аденокарциномах с мутацией транслокации ALK

- 6
- 1
- 4
- 2

Взаимоисключающая, предиктивно значимая драйверная мутация, при наличии мутации KRAS в инвазивной аденокарциноме легкого

- EGFR
- PD-L1
- MLH1
- PTEN

Отрицательный диагностический иммуногистохимический маркер в аденокарциноме легкого

- MCK
- p40
- CK7
- TTF1

Наиболее подходящее антитело на предиктивный маркер, с целью назначения иммунотерапии, при отрицательном статусе EGFR, ALK, ROS1, MET, RET, NTRK мутаций в метастатической аденокарциноме легкого

- PD-X
- PD-L1
- CK7
- HER2

Неблагоприятный морфологический паттерн роста аденокарциномы, указанный на микрофотографиях, помимо солидного

- 3
- 4
- 5
- 2

При изучении микропрепаратов аденокарциномы легкого, вы определи приблизительно 25% микропапиллярного паттерна роста аденокарциномы и 75% ацинарного паттерна роста аденокарциномы. Степень дифференцировки данной аденокарциномы

- G4
- G1
- G3
- G2

Клон антитела ALK который в настоящее время может использоваться для определения мутаций в гене ALK

- G4
- G1
- G3
- G2

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В данном случае можно поставить морфологический диагноз

- G4
- G1
- G3
- G2

Диагноз

Алгоритм антител для иммуногистохимической диагностики для данной опухоли на фотографии

- G4
- G1
- G3
- G2

Иммуногистохимическая окраска антителом к белку p40 в представленной опухоли легкого на микрофотографии 1, свидетельствует о

- плоскоклеточной карциноме
- саркоме легкого
- аденокарциноме предстательной железы
- аденокарциноме легкого

Наиболее специфичное антитело для установления гистогенеза плоскоклеточной карциномы

- p63
- p40
- TTF1
- CK7

Антитело, которое менее специфично для определения гистогенеза карциномы из биоптата

- TTF1
- Mum1
- P63
- NapsinA

Мутации, на которые рекомендуется тестировать плоскоклеточную карциному легкого для таргетной терапии

- DDR2
- MEK
- EGFR
- MDM2

Опухолевого материала в биоптате крайне мало, выберите алгоритм действий в данном случае

- иммуногистохимическое исследование на белки p63 и p40
- молекулярно-генетическое тестирование
- молекулярно-генетическое исследование на белки CAM5.2, TTF1
- иммуногистохимическое исследование на белки p40, TTF1, CK7

Метод для определения экспрессии PD-L1

- ПЦР
- NGS
- иммуногистохимия (ИГХ)
- FISH

Морфологический паттерн +_____+ карциномы представлен на микрофотографиях биоптата

- стелящейся
- плоскоклеточной
- микропапиллярной
- папиллярной

Неблагоприятный морфологический паттерн роста аденокарциномы легкого, характеризующийся худшим прогнозом

- стелящийся
- микропапиллярный
- папиллярный
- ацинарный

Локализация экспрессии белка p40 при иммуногистохимическом исследовании

- ядро фибробласта
- цитоплазма опухолевой клетки
- цитоплазма фибробласта
- ядро опухолевой клетки

Наиболее частая мутация в плоскоклеточной карциноме легкого

- ядро фибробласта
- цитоплазма опухолевой клетки
- цитоплазма фибробласта
- ядро опухолевой клетки

Условие ситуационной задачи

Ситуация

В данном случае можно поставить следующий морфологический диагноз

- ядро фибробласта
- цитоплазма опухолевой клетки
- цитоплазма фибробласта
- ядро опухолевой клетки

Диагноз

Алгоритм антител для иммуногистохимической диагностики для данной опухоли на фотографии

- p63, p40, CK7,CK8
- TTF-1, Synaptophysin,Chromogranin, Ki67
- p63, p21, TTF1, Ki67, CK8, CD56
- p63, p21, TTF1, CK7, EMA

Локализация экспрессии Synaptophysin представлена в

- митохондрии
- цитоплазме
- пероксисоме
- ядре

Классически этот тип опухоли характеризуется мелкими округлыми или овальными клетками со скудной цитоплазмой; с выраженными артефактами сдавливания, иногда они по форме напоминают лимфоциты, хотя раза в 1,5-2 крупнее их, большим количеством митозов (с медианой 80 на 2 кв.мм опухоли). Клетки организуются в островки, «толпятся» и не проявляют признаков ни кератинизации, ни железистой дифференцировки. Выше указано морфологическое описание +_____+ карциномы

- мелкоклеточной
- железисто-плоскоклеточной
- крупноклеточной
- немелкоклеточной

Можно выставить патологоанатомическую стадию pT +__+ по результатам морфологического исследования

- 1c
- 2
- 1b
- 3

Стадия pN по результатам морфологического исследования

- 1
- 4
- 2
- 3

Окрашивание гистологической краской подозрительных втяжений висцеральной плевры на макроскопическом этапе исследования макропрепарата доли легкого необходимо с целью

- окраски опухолевых клеток
- оценить край резекции ткани легкого
- выявления глубины инвазии в ткань легкого
- оценки инвазии опухоли в висцеральную плевру

Дифференциально-диагностический ряд опухолей для постановки морфологического диагноза включает в себя

- высокодифференцированную аденокарциному легкого

- плоскоклеточную карциному
- атипичный карциноид
- метастаз лимфомы

Локализация экспрессии белка Chromogranin в компартменте клетки рассматривается как

- цитоплазматическая
- митохондриальная
- мембранная
- ядерная

Характерные значения индекса пролиферативной активности Ki67 в % в мелкоклеточной карциноме

- 1-20
- 50-100
- 40-80
- 10-40

Один из отличительных иммуногистохимических признаков мелкоклеточной карциномы от типичного карциноида

- индекс митоза PHH3
- индекс пролиферативной активности Ki67
- соотношение апоптотической активности PanCK
- коэффициент некротической активности NCAM

Инактивирующие мутации в генах-супрессорах опухоли, которые встречаются наиболее часто

- индекс митоза PHH3
- индекс пролиферативной активности Ki67
- соотношение апоптотической активности PanCK
- коэффициент некротической активности NCAM

Условие ситуационной задачи

Ситуация
На исследование поступил операционный материал. Из анамнеза известно: женщина 43 лет обратилась на прием к врачу-онкологу.
Гинекологический анамнез:
Менархе с 12 лет, Беременность -2, Аборт – 0, Роды – 2. Срочные (в 39 и в 40 недель). В настоящий момент 10 день менструального цикла.
Локальный статус
При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые,

обычной окраски. Молочные железы симметричные, D = S. При пальпации в правой молочной железе на границе нижних квадрантов уплотнение 1 см, не смещаемое, неправильной формы. Справа и слева в подмышечной области лимфатические узлы мягко-эластичные, не увеличены в размерах.
Гистологическое заключение
Внутрипротоковая карцинома in situ (DCIS) правой молочной железы криброзного типа intermediate nuclear grade.
В направлении на гистологическое исследование в заключении УЗИ указана категория BIRADS 4, что означает

- вероятное доброкачественное образование
- высокую вероятность злокачественного образования
- подозрительное на рак образование
- доброкачественные изменения ткани молочной железы

Внутрипротоковая карциномы in situ (DCIS) макроскопически представляет собой

- неравномерное уплотнение ткани железы без очаговых образований
- неравномерное уплотнение ткани молочной железы серо-желтого цвета, на поверхности разреза мелкий крап, мелкие кисты, содержимое которых выдавливается и имеет вид угрей
- инкапсулированный плотный узел, округлой формы, на разрезе четко очерченный, дольчатый, серовато-белого цвета
- звездчатый узел, серо-белого цвета, хрящевой плотности

Внутрипротоковая карцинома in situ (DCIS) молочной железы микроскопически представляет собой

- опухоль, состоящую из крупных полиморфных эпителиальных клеток со скудной цитоплазмой, гиперхромным ядром и отчетливым ядрышком
- опухоль, состоящую из полиморфных веретеновидных клеток с многочисленными митозами, в том числе патологическими, очагами плоскоклеточной метаплазии
- протоки, заполненные популяцией мономорфных эпителиальных клеток, формирующие солидные поля и папиллярные и криброзные структуры. Поляризация клеток относительно базальной мембраны отсутствует
- двухкомпонентную опухоль, состоящую из гиперплазированной стромы молочной железы и многочисленных протоков с очагами простой гиперплазии эпителия

Для дифференциальной диагностики между внутрипротоковой карциномой (DCIS) и инвазивной карциномой рекомендуется использовать иммуногистохимический маркер, позитивный в миоэпителиальных клетках, такой как

- S 100

- CD 168
- CK 5/6
- synaptophysin

По материалу трепан-биопсии молочной железы получено гистологическое заключение - внутрипротоковой карциноме in situ (DCIS), в данном случае предпочтительным объемом оперативного вмешательства является

- наблюдение
- секторальная резекция молочной железы с лимфаденэктомией
- секторальная резекция молочной железы
- мастэктомия

Дифференциальную диагностику внутрипротоковой карциномы in situ (DCIS) молочной железы проводят с

- филлоидной опухолью
- дольковой карциномой
- инвазивной карциномой молочной железы
- фиброаденомой

Микрофотографии внутрипротоковой карциномы in situ (DCIS) соответствует изображение
Частота регионарного метастазирования при внутрипротоковой карциноме in situ (DCIS) составляет +_____+ %

- 1-3
- 3-5
- 0
- 5-7

Ширина краев резекции при органосохраняющем лечении DCIS (в сочетании с лучевой терапией) должна быть не менее

- 1 мм
- 1 см
- 3 мм
- 2 мм

Микрофотографии внутрипротоковой карциномы in situ (DCIS): соответствует изображение
Микрофотографии препарата внутрипротоковой карциномы in situ (DCIS) соответствует изображение
Микрофотографии внутрипротоковой карциномы in situ (DCIS) соответствует изображение

Условие ситуационной задачи

Ситуация
На гистологическое исследование поступил операционный материал. Из анамнеза известно: женщина 33 лет обратилась на прием к врачу-онкологу с жалобами на болезненное образование в правой молочной железе.
Гинекологический анамнез
Менархе с 12 лет, Беременность -2, Аборт – 2, Роды – 0. В настоящий момент 22 день менструального цикла.
Локальный статус
При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Молочные железы симметричные, D = S. При пальпации в правой молочной железе в верхненаружном квадранте уплотнение около 2см, не смещаемое, неправильной формы, бугристое, плотное. Справа в подмышечной области пальпируется увеличенный до 1,5 см лимфатический узел плотной консистенции, слева лимфоузлы не увеличены в размерах.
При маммографии
В верхненаружном квадранте на глубине 1 см от кожи звездчатый узел с лучистым краем 22 мм в наибольшем измерении, неоднородной структуры, повышенной плотности.
Гистологическое заключение (операционный материал)
Инвазивная неспецифицированная (NST) карцинома молочной железы G2 (3{plus}2{plus}1) 18 мм в наибольшем измерении. Опухоль с лимфоваскулярной инвазией. Метастаз в 1 из 6 исследованных лимфоузлов аксиллярной жировой клетчатки. Края резекции вне опухоли. pT1cN1a
В направлении на гистологическое исследование в заключении УЗИ указана категория BIRADS 5, что означает

- вероятнее, доброкачественное образование
- доброкачественные изменения ткани молочной железы
- высокую вероятность злокачественного образования
- подозрительное на рак образование

Инвазивный рак молочной железы макроскопически представляет собой

- плотный солидный узел, округлой формы, серовато-желтого цвета, хрящевой плотности, на разрезе неоднородный, 22х18 мм
- неравномерное уплотнение ткани железы без очаговых образований
- инкапсулированный плотный узел, округлой формы, на разрезе четко очерченный, дольчатый, серовато-белого цвета
- четко отграниченный узел 13 мм в наибольшем измерении, на поверхности разреза единичная киста, заполненная сосочками, которые выдавливаются и имеют вид угрей

При микроскопическом исследовании инвазивный неспецифицированный (NST) рак молочной железы представляет собой

- опухоль, состоящую из единичных умеренно-полиморфных клеток и групп клеток среди обширных полей слизи
- многочисленные протоки, заполненные популяцией мономорфных эпителиальных клеток, формирующие солидные поля и папиллярные структуры
- двухкомпонентную опухоль, состоящую из гиперплазированной стромы молочной железы и многочисленных протоков с очаговой простой гиперплазией эпителия
- опухоль, состоящую из крупных полиморфных эпителиальных клеток со скудной цитоплазмой гиперхромным ядром и отчетливым ядрышком, клетки формируют солидные поля

Оценка степени дифференцировки злокачественной опухоли молочной железы проводится по +_____+ классификации

- Bloom-Richardson
- Ноттингемской
- RCB
- Miller-Payne

По данным гистологического заключения железистые структуры составляют +_____+ %

- менее 10 от площади опухоли
- 100 опухоли
- более 75 площади опухоли
- 10–75 от площади опухоли

В гистологическом заключении при оценке Grade опухоли полиморфизм опухолевых клеток в оценен на 2 балла, данному баллу соответствуют следующие характеристики: диаметр опухолевых клеток

- не превышает по размеру диаметр ядер нормальных протоков, ядра значительно варьируют по форме, многочисленные ядрышки
- в 1,5–2 раза превышает диаметр ядер люминальных клеток нормальных протоков, неровность контуров умеренная, заметны мелкие ядрышки
- в 2 раза и более превышает диаметр ядер эпителия протоков, ядра значительно варьируют по форме и размеру, ядрышки крупные
- не превышает по размеру диаметр ядер нормальных протоков или превышает менее чем в 1,5 раза, ядрышки отчетливо не визуализируются, контуры ядер ровные

Микрофотографии инвазивной неспецифицированной карциномы молочной железы соответствует изображение
Диаметр поля зрения микроскопа для определения митотической активности опухоли вычисляется по формуле

- произведение поля зрения окуляра к увеличению объектива
- поле зрения окуляра разделенное на 2
- сумма поля зрения окуляра и увеличения объектива
- отношение поля зрения окуляра к увеличению объектива

Пороговым значением для оценки позитивного края резекции при органосохраняющем лечении инвазивной карциномы молочной железы является

- расстояние от опухолевых клеток до окрашенного края резекции не менее 1 мм
- расстояние от опухолевых клеток до окрашенного края резекции не менее 1 см
- наличие опухолевых клеток в окрашенном крае резекции
- расстояние от опухолевых клеток до окрашенного края резекции не менее 2 мм

Микрофотография инвазивной неспецифицированной карциномы, где полиморфизм опухолевых клеток характерен для 3 баллов, показан на рисунке
Микрофотография инвазивной неспецифицированной карциномы, где полиморфизм опухолевых клеток характерен для 1 балла, показан на рисунке
Для определения суррогатного молекулярного подтипа опухоли необходимо иммуногистохимическое исследование с маркерами

Условие ситуационной задачи

Ситуация
На гистологическое исследование поступил операционный материал. Из анамнеза известно: женщина, 57 лет, обратилась к врачу с жалобами на уплотнение в правой молочной железе около 3см, которое пациентка обнаружила самостоятельно 4 месяца назад, за помощью не обращалась.
Гинекологический анамнез
Менархе с 10 лет, Беременность -2, Аборт – 1, Роды – 1 (срочные, 40 недель). Кормление грудью - 2 месяца. Последние месячные 8 месяцев назад.
При осмотре
Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Молочные железы симметричные, D = S. В правой молочной железе в нижне-наружном квадранте уплотнение около 2,5 см, смещаемое, округлое, не связано с кожей. Справа и слева в подмышечной области лимфатические узлы мягко-эластичные, не спаяны между собой, справа пальпируется увеличенный до 1,5см плотно-эластичный лимфатический узел.
Выполнено оперативное лечение в объеме
Мастэктомия правой молочной железы, подмышечная лимфаденэктомия.

Гистологическое заключение
Инвазивный неспецифицированный (NST) рак правой молочной железы G3 (2{plus}3{plus}3) с внутрипротоковым компонентом солидного типа nG2 и выраженной внутриопухолевой лимфоцитарной инфильтрацией, 2,2 см в наибольшем измерении. Метастаз в 1 из 8 исследованных подмышечных лимфоузлов без выхода за пределы капсулы. Иммуногистохимическое исследование: ER - 100% (5{plus}3) 8 баллов, PR -100% (5{plus}3) 8 баллов, HER2 - 0 баллов, отсутствие мембранного окрашивания опухолевых клеток, сверхэкспрессия негативная; Ki67 - 40%.

Инвазивный неспецифицированный (NST) рак молочной железы является +_____+ опухолью

- фибро-эпителиальной
- эпителиальной
- мезенхимальной
- эпителиально-миоэпителиальной

Инвазивный рак молочной железы макроскопически представляет собой

- плотный солидный узел, округлой формы, серовато-желтого цвета, хрящевой плотности, на разрезе неоднородный, 22х18 мм
- инкапсулированный плотный узел, округлой формы, на разрезе четко очерченный, дольчатый, серовато-белого цвета
- неравномерное уплотнение ткани железы без очаговых образований
- четко отграниченный узел 13 мм в наибольшем измерении, на поверхности разреза единичная киста, заполненная сосочками, которые выдавливаются и имеют вид угрей

При микроскопическом исследовании инвазивный неспецифицированный (NST) рак молочной железы представляет собой

- опухоль, состоящую из крупных полиморфных эпителиальных клеток со скудной цитоплазмой гиперхромным ядром и отчетливым ядрышком, клетки формируют солидные поля
- многочисленные протоки, заполненные популяцией мономорфных эпителиальных клеток, формирующие солидные поля и папиллярные структуры
- опухоль, состоящую из единичных умеренно-полиморфных клеток и групп клеток среди обширных полей слизи
- двухкомпонентную опухоль, состоящую из гиперплазированной стромы молочной железы и многочисленных протоков с очаговой простой гиперплазией эпителия

Оценка степени дифференцировки злокачественной опухоли молочной железы проводится по +_____+ классификации

- Ноттингемской

- Miller-Payne
- Bloom-Richardson
- RCB

По данным гистологического заключения железистые структуры составляют +_____+ % площади опухоли

- более 75
- 10–75
- 100
- менее 10

В гистологическом заключении при оценке Grade опухоли полиморфизм опухолевых клеток в оценен на 3 балла, данному баллу соответствуют следующие характеристики: диаметр ядер опухолевых клеток

- в 1,5–2 раза превышает диаметр ядер люминальных клеток нормальных протоков, неровность контуров умеренная, заметны мелкие ядрышки
- не превышает по размеру диаметр ядер нормальных протоков, ядра значительно варьируют по форме, многочисленные ядрышки
- в 2 раза и более превышает диаметр ядер эпителия протоков, ядра значительно варьируют по форме и размеру, ядрышки крупные
- не превышает по размеру диаметр ядер нормальных протоков или превышает менее чем в 1,5 раза, ядрышки отчетливо не визуализируются, контуры ядер ровные

Микрофотография инвазивной неспецифицированной карциномы молочной железы, у которой полиморфизм опухолевых клеток характерен для 2 баллов, показан на рисунке
Диаметр поля зрения микроскопа для определения митотической активности опухоли вычисляется по формуле

- поле зрения окуляра разделить на 2
- сумма поля зрения окуляра и увеличения объектива
- отношение поля зрения окуляра к увеличению объектива
- произведение поля зрения окуляра к увеличению объектива

По результатам гистологического заключения стадия заболевания в категории pT является

- 1c
- 3
- 2
- 1b

Структурообразование инвазивной неспецифицированной карциномы, характерное для 2 баллов, изображено на микрофотографии

Полиморфизм опухолевых клеток инвазивной неспецифицированной карциномы, характерный для 3 баллов, изображен на микрофотографии
Для определения суррогатного молекулярного подтипа опухоли необходимо иммуногистохимическое исследование с маркерами

Условие ситуационной задачи

Ситуация
На гистологическое исследование поступил операционный материал. Из анамнеза известно: женщина, 67 лет, обратилась к врачу с жалобами на уплотнение в правой молочной железе около 2см.
Гинекологический анамнез
Менархе с 13 лет, Беременность -1, Роды – 1 (срочные, 40 недель). Кормление грудью - 2 месяца. Последние месячные 12 лет назад.
При осмотре
Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Молочные железы симметричные, D = S. В правой молочной железе в нижне-наружном квадранте уплотнение около 2 см, смещаемое, мелкобугристое, не связано с кожей. Справа и слева в подмышечной области лимфатические узлы мягко-эластичные, не спаяны между собой, справа пальпируется увеличенный до 2 см плотно-эластичный лимфатический узел.
Выполнено оперативное лечение в объеме
Мастэктомия правой молочной железы, подмышечная лимфаденэктомия.
Гистологическое заключение
Инвазивный неспецифицированный (NST) рак правой молочной железы G2 (2{plus}3{plus}1) с внутрипротоковым компонентом солидного типа nG2, 2,2 см в наибольшем измерении. Метастаз в 1 из 8 исследованных подмышечных лимфоузлов без выхода за пределы капсулы. Иммуногистохимическое исследование: ER - 0 баллов, PR - 0 баллов, HER2 - 0 баллов, отсутствие мембранного окрашивания опухолевых клеток, сверхэкспрессия негативная; Ki67 - 50%.
Инвазивный неспецифицированный (NST) рак молочной железы это

- мезенхимальная опухоль
- фибро-эпителиальная опухоль
- эпителиальная опухоль
- эпителиально-миоэпителиальная опухоль

Инвазивный рак молочной железы макроскопически представляет собой

- инкапсулированный плотный узел, округлой формы, на разрезе четко очерченный, дольчатый, серовато-белого цвета
- четко отграниченный узел 13мм в наибольшем измерении, на поверхности разреза единичная киста, заполненная сосочками, которые выдавливаются и имеют вид угрей

- плотный солидный узел, округлой формы, серовато-желтого цвета, хрящевой плотности, на разрезе неоднородный, 22х18 мм
- неравномерное уплотнение ткани железы без очаговых образований

При микроскопическом исследовании инвазивный неспецифицированный (NST) рак молочной железы представляет собой

- двухкомпонентную опухоль, состоящую из гиперплазированной стромы молочной железы и многочисленных протоков с очаговой простой гиперплазией эпителия
- многочисленные протоки, заполненные популяцией мономорфных эпителиальных клеток, формирующие солидные поля и папиллярные структуры
- опухоль, состоящую из крупных полиморфных эпителиальных клеток со скудной цитоплазмой гиперхромным ядром и отчетливым ядрышком, клетки формируют солидные поля
- опухоль, состоящую из единичных умеренно-полиморфных клеток и групп клеток среди обширных полей слизи

Оценка степени дифференцировки злокачественной опухоли молочной железы проводится по +_____+ классификации

- Bloom-Richardson
- RCB
- Ноттингемской
- Miller-Payne

Grade 2 (2{plus}3{plus}1) является +_____+ степенью злокачественности

- умеренной
- высокой
- низкой
- недифференцированной

При оценке Grade опухоли полиморфизм опухолевых клеток в оценен на 2 балла, данному баллу соответствуют следующие характеристики: диаметр опухолевых клеток

- не превышает по размеру диаметр ядер нормальных протоков, ядра значительно варьируют по форме, многочисленные ядрышки
- в 2 раза и более превышает диаметр ядер эпителия протоков, ядра значительно варьируют по форме и размеру, ядрышки крупные
- в 1,5–2 раза превышает диаметр ядер люминальных клеток нормальных протоков, неровность контуров умеренная, визуализируются мелкие ядрышки

- не превышает по размеру диаметр ядер нормальных протоков или превышает менее чем в 1,5 раза, ядрышки отчетливо не визуализируются, контуры ядер ровные

Инвазивная неспецифицированная (NST) карцинома средней степени гистологической злокачественности G2 представлена микрофотографии
Диаметр поля зрения микроскопа для определения митотической активности опухоли вычисляется по формуле

- произведение поля зрения окуляра к увеличению объектива
- поле зрения окуляра разделить на 2
- сумма поля зрения окуляра и увеличения объектива
- отношение поля зрения окуляра к увеличению объектива

По результатам гистологического заключения стадия заболевания в категории pT является

- 2
- 1c
- 3
- 1b

Структурообразование инвазивной неспецифицированной карциномы характерно для 2 баллов соответствует микрофотографии
Для определения суррогатного молекулярного подтипа опухоли необходимо иммуногистохимическое исследование с маркерами

- ER, PR, HER2, Ki 67
- ER, PR, AE1/AE3, Ki67
- ER, PR, HER2, CK 5/6
- ER, PR, HER2, S 100

При оценке уровня экспрессии рецепторов стероидных гормонов учитывается только +_____+ окрашивание

- ER, PR, HER2, Ki 67
- ER, PR, AE1/AE3, Ki67
- ER, PR, HER2, CK 5/6
- ER, PR, HER2, S 100

Условие ситуационной задачи

Ситуация
На гистологическое исследование поступил операционный материал. Из анамнеза известно: женщина, 61 год, обратилась к врачу с жалобами на

уплотнение в правой молочной железе около 1см, которое пациентка обнаружила самостоятельно.

Гинекологический анамнез

Менархе с 13 лет, Беременность -2, Аборт – 1, Роды – 1 (срочные, 40 недель). Кормление грудью - 2 месяца. Последние месячные 8 лет назад.

При осмотре

Состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Молочные железы симметричные, D = S. В правой молочной железе в нижне-наружном квадранте узел около 15 мм, смещаемое, хрящевой плотности, не связано с кожей. Справа и слева в подмышечной области лимфатические узлы мягко-эластичные, не спаяны между собой, не увеличены.

Выполнено оперативное лечение в объеме

Секторальная резекция правой молочной железы, подмышечная лимфаденэктомия

Гистологическое заключение

Инвазивный неспецифицированный (NST) рак правой молочной железы G1 (2{plus}2{plus}1) 18мм в наибольшем измерении с выраженным внутрипротоковым компонентом солидного типа nG2. 8 исследованных подмышечных лимфоузлов без метастазов. Края резекции вне опухоли.

Инвазивный рак молочной железы макроскопически представляет собой

- неравномерное уплотнение ткани железы без очаговых образований
- инкапсулированный плотный узел, округлой формы, на разрезе четко очерченный, дольчатый, серовато-белого цвета
- плотный солидный узел, округлой формы, серовато-желтого цвета, хрящевой плотности, на разрезе неоднородный, 18х15 мм
- четко отграниченный узел 13 мм в наибольшем измерении, на поверхности разреза единичная киста, заполненная сосочками, которые выдавливаются и имеют вид угрей

При микроскопическом исследовании инвазивный неспецифицированный (NST) рак молочной железы представляет собой

- многочисленные протоки, заполненные популяцией мономорфных эпителиальных клеток, формирующие солидные поля и папиллярные структуры
- двухкомпонентную опухоль, состоящую из гиперплазированной стромы молочной железы и многочисленных протоков с очаговой простой гиперплазией эпителия
- опухоль, состоящую из крупных полиморфных эпителиальных клеток со скудной цитоплазмой гиперхромным ядром и отчетливым ядрышком, клетки формируют солидные поля
- опухоль, состоящую из единичных умеренно-полиморфных клеток и групп клеток среди обширных полей слизи

Наличие выраженного внутрипротокового компонента в опухоли молочной железы является

- благоприятным фактором прогноза
- снижением риска рецидива
- неблагоприятный фактором прогноза
- повышением риска рецидива

Оценка степени дифференцировки злокачественной опухоли молочной железы проводится по +_____+ классификации

- Ноттингемской
- RCB
- Miller-Payne
- Bloom-Richardson

G1 (2{plus}2{plus}1) является +_____+ степенью злокачественности

- недифференцированной
- умеренной
- низкой
- высокой

Структурообразованию инвазивной неспецифицированной карциномы, характерному для 1 балла, соответствует изображение
Диаметр поля зрения микроскопа для определения митотической активности опухоли вычисляется по формуле

- сумма поля зрения окуляра и увеличения объектива
- отношение поля зрения окуляра к увеличению объектива
- поле зрения окуляра деленное на 2
- произведение поля зрения окуляра к увеличению объектива

По результатам гистологического заключения стадия заболевания в категории pT является

- 1b
- 1c
- 2
- 3

Для определения суррогатного молекулярного подтипа опухоли необходимо иммуногистохимическое исследование с маркерами

- ER, PR, AE1/AE3, Ki67
- ER, PR, HER2, Ki 67
- ER, PR, HER2, S 100
- ER, PR, HER2, CK 5/6

При оценке уровня экспрессии рецепторов стероидных гормонов учитывается только окрашивание

- мембранное
- мембранно-цитоплазматическое
- ядерное
- цитоплазматическое

При оценке уровня экспрессии HER2 учитывается только +_____+ окрашивание

- мембранно-цитоплазматическое
- цитоплазматическое
- ядерное
- мембранное

Экспрессия HER2 оценивается

- мембранно-цитоплазматическое
- цитоплазматическое
- ядерное
- мембранное

Условие ситуационной задачи

Ситуация
На гистологическое исследование поступил операционный материал. Из анамнеза известно: женщина, 58 лет, обратилась к врачу с жалобами на уплотнение в левой молочной железе около 3 см, которое пациентка обнаружила самостоятельно 4 месяца назад, за помощью не обращалась.
Гинекологический анамнез
Менархе с 10 лет, Беременность -1, Аборт – 0, Роды – 1 (срочные, 40 недель). Кормление грудью - 2 месяца. Последние месячные 2 года назад.
При осмотре
Состояние относительно удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Молочные железы симметричные, D = S. Левая молочная железа несколько уплотнена, очаговые образования не пальпируются. Справа и слева в подмышечной области лимфатические узлы мягко-эластичные, не спаяны между собой.
Выполнено оперативное лечение в объеме
Мастэктомия левой молочной железы, подмышечная лимфаденэктомия.
Гистологическое заключение
Инвазивная дольковая карцинома левой молочной железы G2 (3{plus}2{plus}1) 18 мм в наибольшем измерении. Метастаз в виде единичного фокуса опухолевых клеток на участке до 1 мм в 1 из 7 исследованных подмышечных лимфоузлов.

В направлении на гистологическое исследование в заключении УЗИ указана категория BIRADS 5, что означает

- доброкачественные изменения ткани молочной железы
- подозрительное на рак образование
- вероятнее, доброкачественное образование
- высокую вероятность злокачественного образования

Инвазивный рак молочной железы макроскопически представляет собой

- плотный солидный узел, округлой формы, серовато-желтого цвета, хрящевой плотности, на разрезе неоднородный
- неравномерное уплотнение ткани железы без очаговых образований
- четко отграниченный узел, на поверхности разреза единичная киста, заполненная сосочками, которые выдавливаются и имеют вид угрей
- инкапсулированный плотный узел, округлой формы, на разрезе четко очерченный, дольчатый, серовато-белого цвета

Оценка степени дифференцировки злокачественной опухоли молочной железы проводится по +_____+ классификации

- RCB
- Ноттингемской
- Miller-Payne
- Bloom-Richardson

Инвазивная дольковая карцинома молочной железы является +___ _____+ опухолью

- эпителиально-миоэпителиальной
- эпителиальной
- мезенхимальной
- фибро-эпителиальной

Grade 2 (2{plus}3{plus}1) является +_____+ степенью гистологической злокачественности

- низкой
- высокой
- недифференцированной
- умеренной

При оценке Grade опухоли полиморфизм опухолевых клеток оценен на 2 балла, данному баллу соответствуют следующие характеристики: диаметр опухолевых клеток

- в 1,5–2 раза превышает диаметр ядер люминальных клеток нормальных протоков, неровность контуров умеренная, визуализируются мелкие ядрышки
- не превышает по размеру диаметр ядер нормальных протоков, ядра значительно варьируют по форме, многочисленные ядрышки
- в 2 раза и более превышает диаметр ядер эпителия протоков, ядра значительно варьируют по форме и размеру, ядрышки крупные
- превышает по размеру диаметр ядер нормальных протоков или превышает менее чем в 1,5 раза, ядрышки отчетливо не визуализируются, контуры ядер ровные

Микрофотографии инвазивной дольковой карциномы соответствует изображение
Диаметр поля зрения микроскопа для определения митотической активности опухоли вычисляется по формуле

- поле зрения окуляра разделить на 2
- отношение поля зрения окуляра к увеличению объектива
- сумма поля зрения окуляра и увеличения объектива
- произведение поля зрения окуляра к увеличению объектива

Экспрессия HER2 оценивается

- в нормальной ткани молочной железы
- только в дуктальной карциноме in situ (DCIS)
- только в опухолевых клетках
- в опухолевых клетках и дуктальной карциноме in situ (DCIS)

Микрофотографии инвазивной неспецифицированной (NST) карциномы соответствует изображение
Для дифференциальной диагностики дольковой карциномы необходимо использовать иммуногистохимический маркер

- PR
- synaptophysin
- E-cadcherin
- ER

Для определения суррогатного молекулярного подтипа опухоли необходимо иммуногистохимическое исследование с маркерами

- PR
- synaptophysin
- E-cadcherin
- ER

Условие ситуационной задачи

Ситуация
На исследование поступил операционный материал. Из анамнеза известно: женщина 43 лет обратилась на прием к врачу-онкологу с жалобами на периодическую тянущуюся боль в левой молочной железы на протяжение нескольких месяцев.
Гинекологический анамнез
Менархе с 13 лет, Беременность -4, Аборт – 2, Роды – 2. Срочные (в 39 и в 40 недель). В настоящий момент 12 день менструального цикла.
Локальный статус
При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Молочные железы симметричные, D = S. При пальпации в левой молочной железе на границе нижних квадрантов уплотнение около 2 см, не смещаемое, неправильной формы, в проекции уплотнения еле заметное втяжение кожи, без изменения кожных покровов. Справа и слева в подмышечной области лимфатические узлы мягко-эластичные, не увеличены в размерах.
При маммографии
Обнаружена деформация структур ткани молочной железы и звездчатый узел с неровными/шиповатыми контурами.
Гистологическое заключение
Радиальный рубец левой молочной железы.
В направлении на гистологическое исследование в заключении УЗИ указана категория BIRADS 5, что означает

- доброкачественные изменения ткани молочной железы
- подозрительное на рак образование
- вероятнее, доброкачественное образование
- высокую вероятность злокачественного образования

Радиальный рубец молочной железы макроскопически представляет собой

- узел звездчатой конфигурации с расходящимися тяжами серовато-желтого цвета
- инкапсулированный плотный узел, округлой формы, на разрезе четко очерченный, дольчатый, серовато-белого цвета
- неравномерное уплотнение ткани железы без очаговых образований
- звездчатый узел, серо-белого цвета, хрящевой плотности

Радиальный рубец молочной железы микроскопически представляет собой

- двухкомпонентную опухоль, состоящую из гиперплазированной стромы молочной железы и многочисленных протоков с очаговой простой гиперплазией эпителия
- опухоль, состоящая из полиморфных веретеновидных клеток с многочисленными митозами, в том числе патологическими, очагами плоскоклеточной метаплазии

- опухоль, состоящая из крупных полиморфных эпителиальных клеток со скудной цитоплазмой гиперхромным ядром и отчетливым ядрышком
- центральную зону фиброза, которая включает в себя хаотично расположенные деформированные протоки молочной железы, выстланные кубическим эпителием, слой миоэпителиальных клеток сохранен

По Международной гистологической классификации радиальный рубец представляет собой

- злокачественную эпителиальную опухоль
- доброкачественную эпителиальную пролиферацию
- папиллярное поражение
- эпителиально-миоэпителиальную опухоль

По материалу трепан-биопсии молочной железы получено гистологическое заключение - радиальный рубец, в данном случае лечебной тактикой является

- секторальная резекция со срочным интраоперационным гистологическим исследованием
- наблюдение
- мастэктомия
- секторальная резекция

Дифференциальную диагностику радиального рубца молочной железы проводят с

- филлоидной опухолью
- муцинозной карциномой
- тубулярной карциномой
- фиброаденомой молочной железы

Микрофотографии радиального рубца соответствует изображение
Если при биопсии (core-биопсия, стереотаксическая биопсия) в области радиального рубца обнаружены фокусы атипической гиперплазии, рекомендуется выполнить

- секторальную резекцию со срочным интраоперационным гистологическим исследованием
- мастэктомию
- квадрантэктомию
- секторальную резекцию молочной железы

В радиальном рубце молочной железы цитологическая атипия

- отсутствует

- выражена
- характерна для миоэпителиальных клеток
- слабо выражена

При выполнении трепан-биопсии образования молочной железы предпочтительным диаметром иглы автоматической или полуавтоматической системы является G

- 6-8
- 8-10
- 10-12
- 14-18

Микрофотографии радиального рубца молочной железы соответствует изображение
Микрофотографии радиального рубца молочной железы соответствует изображение

Условие ситуационной задачи

Ситуация
На гистологическое исследование поступил операционный материал. Из анамнеза известно: женщина 25 лет обратилась на прием к врачу-маммологу с жалобами на уплотнение в ткани левой молочной железы, которое пациентка обнаружила самостоятельно.
Гинекологический анамнез
Менархе с 13 лет, Беременность -0, Аборт – 0, Роды – 0. В настоящий момент 10 день менструального цикла.
Локальный статус
При осмотре: состояние удовлетворительное. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Молочные железы симметричные, D = S. При пальпации в левой молочной железе в нижне-наружном квадранте уплотнение около 1,5 см, смещаемое, округлой формы, не связано с кожей. Справа и слева в подмышечной области лимфатические узлы мягко-эластичные, не увеличены в размерах.
Гистологическое заключение
Фиброаденома левой молочной железы.
Необходимым инструментальным методом исследования при диагностике фиброаденомы является

- КТ молочных желез
- УЗИ молочных желез
- МРТ молочных железы
- маммография

Фиброаденома молочной железы макроскопически представляет собой

- инкапсулированный плотный узел, округлой формы, на разрезе четко очерченный, дольчатый, серовато-белого цвета
- кисту ткани железы, с гладким стенками, заполненную жидкостью желто-коричневого цвета
- звездчатый узел, серо-белого цвета, хрящевой плотности
- неравномерное уплотнение ткани железы без очаговых образований

При микроскопическом описании фиброаденома представляет собой

- опухоль, состоящую из крупных полиморфных эпителиальных клеток со скудной цитоплазмой, гиперхромным ядром и отчетливым ядрышком
- двухкомпонентную опухоль, состоящую из гиперплазированной стромы молочной железы и многочисленных протоков с очаговой простой гиперплазией эпителия
- центральную зону фиброза с включенными в себя хаотично расположенные деформированные протоки молочной железы, выстланные кубическим эпителием, слой миоэпителиальных клеток сохранен
- опухоль, состоящую из полиморфных веретеновидных клеток с многочисленными митозами, в том числе патологическими, очагами плоскоклеточной метаплазии

Фиброаденома характеризуется пролиферацией

- миоэпителиальных структур
- сосудов
- нервной ткани
- стромальных и эпителиальных структур

Фиброаденома характерна для

- женщин 40-50 лет
- пожилых женщин
- женщин до 35 лет
- подростков

Дифференциальную диагностику фиброаденомы проводят с

- плоскоклеточным раком
- тубулярной аденомой
- злокачественной филлоидной опухолью
- аденокарциномой

Микрофотографии фиброаденомы соответствует изображение
В случаях, когда диагноз фиброаденома молочной железы без верификации, выполняется оперативное вмешательство в объеме

- секторальной резекции со срочным интраоперационным гистологическим исследованием
- секторальной резекции
- квадрантэктомии
- мастэктомии

После адекватного хирургического лечения фиброаденомы

- не рецидивируют
- могут «озлокачествиться»
- часто рецидивируют
- редко рецидивируют

При выполнении трепан-биопсии образования молочной железы предпочтительным диаметром иглы автоматической или полуавтоматической системы является G

- 6-8
- 14-18
- 8-10
- 10-12

Микрофотографии фиброаденомы соответствует изображение
Микрофотографии фиброаденомы соответствует изображение

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 40 лет обратилась к врачу-онкологу.
Жалобы
На боли в эпигастральной области.
Анамнез заболевания
На протяжении последних 6 месяцев пациентка отмечает болевые ощущения в эпигастральной области.
Анамнез жизни
Переносила острые респираторные вирусные инфекции; туберкулез, гепатит, ВИЧ-инфекцию отрицает. Наследственность по онкологическим заболеваниям не отягощена.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 160 см. Температура тела 36,7°С. * Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Кожные покровы телесного цвета. Телосложение правильное, ЧД – 18 в минуту, ЧСС 70 уд/мин. * Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Границы лёгких в пределах нормы. При аускультации над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Ро2 98%. * Гемодинамические показатели стабильные,

тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 120/70 мм рт. ст. * При эндоскопическом исследовании выявлено язвенное образование средней трети желудка
Основным методом обследования для постановки диагноза является
Результаты обследования

Наиболее вероятным при данной гистологической картине диагнозом является
Диагноз

Отличительным признаком аденокарциномы желудка при дифференциальной диагностике с дисплазией/интраэпителиальной неоплазией high grade является

- наличие дисплазии
- инвазивный рост
- наличие клеточного полиморфизма
- наличие митозов

Антителами, наиболее часто применяемыми при дифференциальной диагностике аденокарциномы желудка и нейроэндокринной опухоли, являются CDX-2, Villin, Syn и

- S-100
- WT-1
- ChrA
- Melan A

Антителами, наиболее часто применяющимися при дифференциальной диагностике аденокарциномы желудка и гастроинтестинальной стромальной опухоли, являются CDX-2, CD117 и

- Melan A
- CK7
- S100
- CD20

Антителами, наиболее часто применяющимися при дифференциальной диагностике аденокарциномы желудка и лимфомы, являются CK 7 и

- CK5/6
- CD45
- CD3
- CD99

Антителами, применяющимися при дифференциальной диагностике аденокарциномы желудка и плоскоклеточного рака, являются Villin, CK5/6, p63 и

- CD 45
- CD 3
- CDX-2
- CK 20

Антителами, применяемыми при дифференциальной диагностике аденокарциномы желудка и метастаза аденокарциномы молочной железы, являются CDX-2, mammaglobin и

- CD45
- CK AE1/AE3
- Vim
- GCDFP-15

Антителами, применяемыми при дифференциальной диагностике аденокарциномы желудка и метастаза аденокарциномы толстой кишки, являются CK20 и

- CK AE1/AE3
- CK7
- Melan A
- s-100

Антителами, применяющимися при дифференциальной диагностике аденокарциномы желудка и метастаза серозной аденокарциномы яичника, являются Villin, WT-1 и

- CD45
- CDX-2
- mammaglobin
- S-100

Антителами, применяющимися при дифференциальной диагностике аденокарциномы желудка и метастаза аденокарциномы легкого, являются Villin, TTF-1 и

- CK AE1/AE3
- CDX-2
- P63
- CD20

Антителами, применяющимися при дифференциальной диагностике аденокарциномы желудка и метастаза аденокарциномы эндоцервикального типа, являются CDX-2, p16 и

- CK AE1/AE3
- CDX-2
- P63
- CD20

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 40 лет обратилась к врачу-онкологу.
Жалобы
На уплотнение в ткани левой молочной железы.
Анамнез заболевания
На протяжении последних 6 месяцев пациентка отмечает наличие уплотнения в ткани молочной железы.
Анамнез жизни
Переносила острые респираторные вирусные инфекции; туберкулез, гепатит, ВИЧ-инфекцию отрицает. Наследственность по онкологическим заболеваниям не отягощена.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 160 см. Температура тела 36,7°С. * Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Кожные покровы телесного цвета. Телосложение правильное, ЧД – 18 в минуту, ЧСС 70 уд/мин. * Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Границы лёгких в пределах нормы. При аускультации над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Ро2 98%. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 120/70 мм рт. ст. * Пальпаторно в верхнем наружном квадранте левой молочной железы определяется узловое образование плотной консистенции.
Основным методом обследования для постановки диагноза является

- CK AE1/AE3
- CDX-2
- P63
- CD20

Результаты обследования

Наиболее вероятным при данной гистологической картине диагнозом является

- CK AE1/AE3

- CDX-2
- P63
- CD20

Диагноз

Отличительным признаком рака молочной железы неспецифического типа при дифференциальной диагностике с внутрипротоковым раком является

- наличие митозов
- наличие комедо-некрозов
- наличие клеточного полиморфизма
- инвазивный рост

Антителом, наиболее часто применяемым при дифференциальной диагностике рака неспецифического типа и долькового рака, является

- Melan A
- CD56
- WT-1
- E-cadherin

Антителами, которые применяются при дифференциальной диагностике рака неспецифического типа и метастаза аденокарциномы легкого, являются mammaglobin, GCDFP-15 и

- CD20
- TTF-1
- S100
- Melan A

Антителами, которые применяются при дифференциальной диагностике рака неспецифического типа и метастаза аденокарциномы толстой кишки, являются GCDFP-15, CK20, Villin и

- mammaglobin
- CD20
- CD45
- CK7

Антителами, которые применяются при дифференциальной диагностике рака неспецифического типа и метастаза плоскоклеточного рака, являются Mammaglobin, CK5/6, p63

- GCDFP-15
- CK 206
- CD 45
- CD 3

Антителами, которые используются для дифференциальной диагностики рака неспецифического типа и внутрипротокового рака являются p63 и

- SMA
- CK AE1/AE3
- Villin
- CDX-2

Антителами, которые используются для дифференциальной диагностики рака неспецифического типа и рака с нейроэндокринной дифференцировкой, являются ChrA и

- CK AE1/AE3
- s-100
- Syn
- Melan A

Антителами, которые используются для дифференциальной диагностики рака неспецифического типа и мелкожелезистого аденоза, являются p63 и

- CD45
- SMA
- mammaglobin
- S-100

Антителами, которые используются для дифференциальной диагностики рака неспецифического типа и метастаза серозной аденокарциномы яичника, являются GCDFP-15, WT-1 и

- CD20
- CK AE1/AE3
- mammaglobin
- P63

Антителами, которые используются для дифференциальной диагностики рака неспецифического типа и метастаза аденокарциномы желудка, являются Mammaglobin, CDX-2, Villin и

- CD20
- CK AE1/AE3
- mammaglobin
- P63

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 40 лет обратилась к врачу-онкологу.
Жалобы
На припухлость на шее в области щитовидного хряща.
Анамнез заболевания
На протяжении последних 8 месяцев пациентка отмечает наличие припухлости на шее в области щитовидного хряща.
Анамнез жизни
Переносила острые респираторные вирусные инфекции; туберкулез, гепатит, ВИЧ-инфекцию отрицает. Наследственность по онкологическим заболеваниям не отягощена.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 180 см. Температура тела 36,7°С. * Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Кожные покровы телесного цвета. Телосложение правильное, ЧД – 18 в минуту, ЧСС 70 уд/мин. * Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Границы лёгких в пределах нормы. При аускультации над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Ро2 98%. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 120/70 мм рт. ст. * Пальпаторно на шее слева в проекции щитовидного хряща определяется узловое образование, не подвижное, с кожей не спаяно, плотное, безболезненно.
Основным методом обследования для постановки диагноза является

- CD20
- CK AE1/AE3
- mammaglobin
- P63

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом при данной цитологической картине является

- CD20
- CK AE1/AE3
- mammaglobin
- P63

Диагноз

Дифференциальную диагностику папиллярного рака щитовидной железы необходимо проводить с метастазом

- аденокарциномы легкого
- серозной аденокарциномы яичника

- рака молочной железы
- плоскоклеточного рака

Антителом, наиболее часто применяющимся при дифференциальной диагностике папиллярного рака щитовидной железы, является

- Melan A
- Tg
- CD56
- WT-1

Антителами, которые применяются при дифференциальной диагностике папиллярного рака щитовидной железы и метастаза серозной аденокарциномы яичника, являются

- Melan A
- S100
- Tg, WT-1
- CD20

Для дифференциальной диагностики папиллярного рака щитовидной железы и метастаза аденокарциномы легкого, используются антитела

- CD20
- CK20
- Tg, Napsin
- CD45

Для дифференциальной диагностики папиллярного рака щитовидной железы и метастаза рака молочной железы, используются антитела Tg, TTF-1, Mammaglobin и

- CD 3
- CK 5/6
- CD 45
- GCDFP-15

Для дифференциальной диагностики папиллярного рака щитовидной железы и метастаза плоскоклеточного рака, используются антитела Tg, TTF-1, p63 и

- Villin
- CK 5/6
- CDX-2
- CK AE1/AE3

Для дифференциальной диагностики папиллярного рака щитовидной железы и медуллярного рака щитовидной железы, используются антитела Tg, Cal, Syn и

- Melan A
- ChrA
- CK AE1/AE3
- s-100

Для дифференциальной диагностики между папиллярным раком щитовидной железы и меланомой следует использовать антитела Tg, TTF-1, MelA и

- S-100
- HMB-45
- mammaglobin
- CD45

Для дифференциальной диагностики между папиллярным раком щитовидной железы и лимфомой, используются антитела Tg, TTF-1 и

- CD45
- CD20
- CK AE1/AE3
- P63

Отличительным признаком папиллярного рака щитовидной железы при дифференциальной диагностике с диффузно-токсическим зобом является наличие ядерных признаков, характерных для папиллярного рака (ядерные борозды и внутриядерные инвагинаты) и

- CD45
- CD20
- CK AE1/AE3
- P63

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 40 лет обратилась к врачу-онкологу.
Жалобы
На припухлость на шее в области щитовидного хряща.
Анамнез заболевания
На протяжении последних 6 месяцев пациентка отмечает наличие припухлости на шее в области щитовидного хряща.

Анамнез жизни
Переносил острые респираторные вирусные инфекции; туберкулез, гепатит, ВИЧ-инфекцию отрицает. Наследственность по онкологическим заболеваниям не отягощена.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 180 см. Температура тела 36,7°С. * Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Кожные покровы телесного цвета. Телосложение правильное, ЧД – 18 в минуту, ЧСС 70 уд/мин. * Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Границы лёгких в пределах нормы. При аускультации над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Ро2 98%. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 120/70 мм рт. ст. * Пальпаторно на шее справа в проекции щитовидного хряща определяется узловое образование, не подвижное, с кожей не спаяно, плотное, безболезненно.
К основным методам исследования для постановки диагноза относят

- CD45
- CD20
- CK AE1/AE3
- P63

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом при данной цитологической картине является

- CD45
- CD20
- CK AE1/AE3
- P63

Диагноз

Дифференциальную диагностику медуллярного рака щитовидной железы необходимо проводить с метастазом

- беспигментной меланомы
- плоскоклеточного рака
- рака молочной железы
- аденокарциномы легкого

При дифференциальной диагностике медуллярного рака щитовидной железы наиболее часто применяются антитела Cal, Syn и

- CD56
- ChrA

- WT-1
- Melan A

При дифференциальной диагностике медуллярного рака щитовидной железы и метастаза меланомы применяются антитела MelA и

- CK 5/6
- CD45
- Cal
- CD20

Для дифференциальной диагностики медуллярного рака щитовидной железы и метастаза аденокарциномы легкого используются антитела Napsin и

- CD45
- Cal
- CD20
- CK20

Для дифференциальной диагностики медуллярного рака щитовидной железы и метастаза рака молочной железы используются антитела Mammaglobin, GCDFP-15 и

- CD 3
- CD 45
- CK 5/6
- Cal

Для дифференциальной диагностики медуллярного рака щитовидной железы и метастаза плоскоклеточного рака используются антитела Cal, CK 5/6 и

- CDX-2
- CK AE1/AE3
- p63
- Villin

Для дифференциальной диагностики медуллярного рака щитовидной железы и лимфомы используют антитела Cal и

- CK AE1/AE3
- CD45
- Vim
- CD3

Для дифференциальной диагностики между медуллярным раком щитовидной железы и фолликулярным раком используют антитела Tg и

- mammaglobin
- Cal
- S-100
- CD45

Для дифференциальной диагностики между медуллярным раком щитовидной железы и гиалинизирующейся трабекулярной опухолью используются антитела Tg и

- CK AE1/AE3
- CD20
- P63
- Cal

Для дифференциальной диагностики между медуллярным раком щитовидной железы и раком паращитовидной железы используются антитела Cal и

- CK AE1/AE3
- CD20
- P63
- Cal

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 40 лет обратилась к врачу-онкологу.
Жалобы
На припухлость на шее в области щитовидного хряща.
Анамнез заболевания
На протяжении последних 6 месяцев пациентка отмечает наличие припухлости на шее в области щитовидного хряща.
Анамнез жизни
Переносила острые респираторные вирусные инфекции; туберкулез, гепатит, ВИЧ-инфекцию отрицает. Наследственность по онкологическим заболеваниям не отягощена.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 180 см. Температура тела 36,7°С. * Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Кожные покровы телесного цвета. Телосложение правильное, ЧД – 18 в минуту, ЧСС 70 уд/мин. * Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Границы лёгких в пределах нормы. При аускультации над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Ро2 98%. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 120/70 мм рт. ст. * Пальпаторно на

шее справа в проекции щитовидного хряща определяется узловое образование, неподвижное, с кожей не спаяно, плотное, безболезненно.
Основным методом обследования для постановки диагноза является

- CK AE1/AE3
- CD20
- P63
- Cal

Результаты обследования

Наиболее вероятным при данной цитологической и гистологической картине диагнозом является

- CK AE1/AE3
- CD20
- P63
- Cal

Диагноз

Дифференциальную диагностику фолликулярного рака щитовидной железы необходимо проводить с метастазом

- аденокарциномы легкого
- плоскоклеточного рака
- беспигментной меланомы
- рака молочной железы

Антителами, которые наиболее часто применяются при дифференциальной диагностике фолликулярного рака щитовидной железы, являются Tg и

- Melan A
- WT-1
- CD56
- TTF-1

Антителами, которые применяются при дифференциальной диагностике фолликулярного и медуллярного рака щитовидной железы, являются Tg и

- CD45
- CK 5/6
- Cal
- CD20

Антителами, которые используются для дифференциальной диагностики фолликулярного рака щитовидной железы и метастаза аденокарциномы легкого, являются Tg и

- CK20
- Napsin
- CD45
- CD20

Антителами, которые используются для дифференциальной диагностики фолликулярного рака щитовидной железы и метастаза рака молочной железы, являются Mammaglobin, GCDFP-15 и

- CK 5/6
- CD 3
- Tg
- CD 45

Антителами, которые используются для дифференциальной диагностики фолликулярного рака щитовидной железы и метастаза плоскоклеточного рака, являются Tg, p63 и

- CK AE1/AE3
- CDX-2
- CK 5/6
- Villin

Отличительным признаком папиллярного рака щитовидной железы при дифференциальной диагностике с фолликулярным раком является

- наслаивание ядер друг на друга, ядерные борозды, внутриядерные инвагинаты, псаммомные тельца
- наличие метастазов в лимфоузлы
- наличие инвазии в кровеносные сосуды
- наличие инвазии в собственную капсулу

Отличительным признаком фолликулярного рака щитовидной железы при дифференциальной диагностике с фолликулярной аденомой является

- наличие сосочковых структур
- утолщение собственной капсулы
- инвазия в окружающую ткань железы, инвазия в кровеносные сосуды
- ядерный полиморфизм

Отличительным признаком фолликулярного рака щитовидной железы при дифференциальной диагностике с фолликулярной опухолью неопределенного злокачественного потенциала является

- наличие ядерных признаков характерных для папиллярного рака
- ядерный полиморфизм
- инвазия в окружающую ткань железы, инвазия в кровеносные сосуды

- утолщение собственной капсулы

Отличительным признаком низкодифференцированного рака щитовидной железы при дифференциальной диагностике с широкоинвазивным фолликулярным раком является

- наличие ядерных признаков характерных для папиллярного рака
- ядерный полиморфизм
- инвазия в окружающую ткань железы, инвазия в кровеносные сосуды
- утолщение собственной капсулы

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 36 лет с узловым образованием в левой доле щитовидной железы.
Жалобы
Не предъявляет.
Анамнез заболевания
Узловое образование щитовидной железы на протяжении 3 месяцев.
Анамнез жизни
Переносила острые респираторные вирусные инфекции; туберкулез, гепатит, ВИЧ-инфекцию отрицает. Наследственность по онкологическим заболеваниям не отягощена.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 162 см. Температура тела 36,7°С. * Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Кожные покровы телесного цвета. Телосложение правильное, ЧД – 18 в минуту, ЧСС 70 уд/мин. * Молочные железы симметричны, при пальпации узловые образования не определяются. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Границы лёгких в пределах нормы. При аускультации над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Ро2 98%. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 120/80 мм рт. ст. * Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. * Данные УЗИ исследования щитовидной железы: в левой доле железы, ближе к верхнему полюсу обнаружено неоднородное, окруженное капсулой, изоэхогенное образование размерами 22х13х15 мм с выраженной васкуляризацией, участком гипоэхогенной структуры по периферии. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.
Основным для постановки диагноза методом обследования является

- наличие ядерных признаков характерных для папиллярного рака
- ядерный полиморфизм
- инвазия в окружающую ткань железы, инвазия в кровеносные сосуды
- утолщение собственной капсулы

Наиболее вероятным при данной макроскопической и УЗИ картине (Изображение 1), является морфологический диагноз

- наличие ядерных признаков характерных для папиллярного рака
- ядерный полиморфизм
- инвазия в окружающую ткань железы, инвазия в кровеносные сосуды
- утолщение собственной капсулы

Диагноз

Фолликулярная аденома относится к группе +_____+ опухолей щитовидной железы

- с неопределенным потенциалом злокачественности
- злокачественных
- злокачественных эпителиальных in situ
- доброкачественных

Дифференциальную диагностику фолликулярной аденомы необходимо проводить с +_____+ опухолью щитовидной железы

- медуллярной
- анапластической
- папиллярной
- фолликулярной, неопределенного злокачественного потенциала

Дифференциальную диагностику фолликулярной аденомы необходимо проводить с +_____ _____+ опухолью щитовидной железы

- высокодифференцированной неопределенного злокачественного потенциала
- Гюртле-клеточной
- низкодифференцированной
- плоскоклеточной

Проводить дифференциальную диагностику фолликулярной аденомы необходимо с +_____ _____+ щитовидной железы

- неинвазивной фолликулярной карциномой с ядрами папиллярного типа
- Гюртле-клеточной аденомой
- мукоэпидермоидной карциномой

- фолликулярной карциномой

Характеристика капсулярной инвазии при фолликулярной аденоме щитовидной железы представлена +_____+ капсулярной инвазии/ей

- присутствием
- неопределенной
- отсутствием
- сомнительной

Фолликулярная аденома щитовидной железы характеризуется +_____+ сосудистой инвазии/ей

- наличием
- отсутствием
- сомнительной
- неопределенной

Для диагностики фолликулярной аденомы щитовидной железы используется антитело

- Thyroglobulin
- PAX5
- CK 5/6
- CD 45

Для диагностики фолликулярной аденомы щитовидной железы используется антитело

- CDX2
- TTF-1
- Melan A
- Mammaglobin

Индекс пролиферации Ki 67 в клетках фолликулярной аденомы составляет < +____+ %

- 100
- 80
- 90
- 5

Цитологическая характеристика ядер опухолевых клеток при фолликулярной аденоме, представлена

- 100
- 80

- 90
- 5

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 50 лет с узловым образованием в правой доле щитовидной железы.
Жалобы
Не предъявляет.
Анамнез заболевания
Узловое образование щитовидной железы на протяжении 4 месяцев.
Анамнез жизни
Переносила острые респираторные вирусные инфекции; туберкулез, гепатит, ВИЧ-инфекцию отрицает. Наследственность по онкологическим заболеваниям не отягощена.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 55 кг, рост 162 см. Температура тела 36,7°С. * Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Кожные покровы телесного цвета. Телосложение правильное, ЧД – 18 в минуту, ЧСС 70 уд/мин. * Молочные железы симметричны, при пальпации узловые образования не определяются. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Границы лёгких в пределах нормы. При аускультации над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Ро2 98%. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 120/80 мм. рт. ст. * Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. * Данные УЗИ исследования щитовидной железы: в перешейке железы, ближе к обнаружено неоднородное, окруженное капсулой, изоэхогенное образование размерами 20х12х10 мм с выраженной васкуляризацией, участком гипоэхогенной структуры по периферии. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.
Основным методом обследования для постановки диагноза является

- 100
- 80
- 90
- 5

Микроскопическое описание: мелкие, мономорфные опухолевые клетки с округлыми, гиперхромными ядрами, увеличенным количеством митозов. Наиболее вероятным при данной цитологической картине является морфологический диагноз

- 100
- 80
- 90

- 5

Диагноз

Низкодифференцированный рак щитовидной железы относится к группе +_____+ образований щитовидной железы

- злокачественных
- с неопределенным потенциалом злокачественности
- доброкачественных
- опухолеподобных

Низкодифференцированный рак встречается в +_____+ % случаев злокачественных опухолей щитовидной железы

- 4
- 15
- 8
- 1

Одним из основных гистологических вариантов строения низкодифференцированного рака щитовидной железы является

- фолликулярный
- папиллярный
- криброзный
- инсулярный

Одним из основных гистологических вариантов строения низкодифференцированного рака щитовидной железы является

- криброзно-морулярный
- папиллярный
- трабекулярный
- фолликулярный

Пятилетняя выживаемость при низкодифференцированном раке щитовидной железы составляет +_____+ %

- 5,2
- 60
- 20,2
- 30

Для диагностики сосудистой инвазии низкодифференцированного рака щитовидной железы следует использовать антитело

- CD15

- CD5
- CD34
- CD20

Что происходит с Экспрессией антител к Thyroglobulin при низкодифференцированном раке щитовидной железы?

- остается неизменным
- не определяется
- снижается
- повышается

Для дифференциальной диагностики низкодифференцированного рака щитовидной железы используют антитело к

- CK AE1/AE3
- CK19
- 34BE12
- CK 5/6

Что происходит с экспрессией CD44 в низкодифференцированном раке щитовидной железы по сравнению с высокодифференцированными раками?

- не определяется
- снижается
- повышается
- не изменяется

Что происходит с экспрессией TTF-1 в низкодифференцированном раке щитовидной железы по сравнению с высокодифференцированными раками?

- не определяется
- снижается
- повышается
- не изменяется

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 30 лет с узловым образованием в левой доле щитовидной железы.
Жалобы
Не предъявляет.
Анамнез заболевания
Узловое образование щитовидной железы на протяжении 6 месяцев.

Анамнез жизни
Переносила острые респираторные вирусные инфекции; туберкулез, гепатит, ВИЧ-инфекцию отрицает. Наследственность по онкологическим заболеваниям не отягощена.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 55 кг, рост 162 см. Температура тела 36,7°С. * Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Кожные покровы телесного цвета. Телосложение правильное, ЧД – 18 в минуту, ЧСС 70 уд/мин. * Молочные железы симметричны, при пальпации узловые образования не определяются. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Границы лёгких в пределах нормы. При аускультации над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Ро2 98%. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 120/80 мм рт. ст. * Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. * Данные УЗИ исследования щитовидной железы: в левой доле железы, ближе к верхнему полюсу обнаружено неоднородное, окруженное капсулой, изоэхогенное образование размерами 25х12х10 мм с выраженной васкуляризацией, участком гипоэхогенной структуры по периферии. Регионарные лимфатические узлы не увеличены.
Основным методом обследования для постановки диагноза является

- не определяется
- снижается
- повышается
- не изменяется

Микроскопическое описание: материал многоклеточный, обнаружено большое количество клеток с ядрами папиллярного типа (внутриядерные включения, борозды). Наиболее вероятным при данной цитологической картине является морфологический диагноз

- не определяется
- снижается
- повышается
- не изменяется

Диагноз

Папиллярный рак щитовидной железы относится к группе
+_____+ опухолей щитовидной железы

- опухолеподобным процессам
- доброкачественных
- с неопределенным потенциалом злокачественности
- злокачественных

Дифференциальную диагностику папиллярного рака щитовидной железы необходимо проводить с
+_____+
щитовидной железы

- неинвазивной фолликулярной с ядрами папиллярного типа
- фолликулярной аденомой
- фолликулярным раком
- фолликулярной неопределенного злокачественного потенциала опухолью

Для папиллярного рака щитовидной железы характерным является
+_____+ тип роста

- диффузный
- трабекулярный
- фолликулярный и папиллярный
- инсулярный

Папиллярный рак щитовидной железы характеризуется

- отсутствием инвазивного роста опухоли
- сомнительными признаками инвазивного роста
- неопределенными признаками инвазии опухоли
- наличием инвазивного роста опухоли

К ядерным признакам папиллярного рака щитовидной железы относят

- гиперхромность ядер
- гипохромию ядер
- эозинофилию ядер
- внутриядерные борозды

К ядерным признакам папиллярного рака щитовидной железы относят
+_____+ ядер

- средние размеры
- правильные контуры
- укрупнение
- уменьшение в размерах

К дифференциальным диагностическим признакам высокодифференцированной опухоли щитовидной железы неопределенного злокачественного потенциала и фолликулярного варианта папиллярного рака щитовидной железы относится

- инвазия опухоли в собственную капсулу
- экспрессия PAX5
- экспрессия Thyroglobulin

- экспрессия TTF-1

Что является дифференциальным диагностическим признаком высокодифференцированной опухоли щитовидной железы и фолликулярного варианта папиллярного рака щитовидной железы

- экспрессия CK7
- экспрессия calcitonin
- наличие ядер папиллярного типа
- инвазия опухоли в собственную капсулу

К дифференциальным диагностическим признаками фолликулярного рака щитовидной железы и фолликулярного варианта папиллярного рака щитовидной железы относят

- экспрессию Thyroglobulin
- наличие в опухолевых клетках ядер папиллярного типа
- экспрессию CK7
- экспрессию TTF-1

Для дифференциальной диагностики папиллярного рака щитовидной железы и рака молочной железы используется антитело

- экспрессию Thyroglobulin
- наличие в опухолевых клетках ядер папиллярного типа
- экспрессию CK7
- экспрессию TTF-1

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 40 лет обратилась к врачу-онкологу.
Жалобы
На нарушение менструального цикла.
Анамнез заболевания
На протяжении 6 месяцев пациентка отмечает нарушение менструального цикла.
Анамнез жизни
Переносила острые респираторные вирусные инфекции; туберкулез, гепатит, ВИЧ-инфекцию отрицает. Наследственность по онкологическим заболеваниям не отягощена.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 55 кг, рост 172см. Температура тела 36,7°С. * Кожа и видимые слизистые обычной окраски. Кожные покровы телесного цвета. Телосложение правильное, ЧД – 18 в минуту, ЧСС 70 уд/мин. * Молочные железы симметричны, при пальпации узловые образования не

определяются. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Границы лёгких в пределах нормы. При аускультации над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет. Ро2 98%. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, АД 120/70 мм рт. ст. * Пальпаторно отмечается болезненность в правой подвздошной области. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
Основным методом для постановки диагноза обследования является

- экспрессию Thyroglobulin
- наличие в опухолевых клетках ядер папиллярного типа
- экспрессию CK7
- экспрессию TTF-1

Результаты обследования

Наиболее вероятным при данной макро и микроскопической картине является морфологический диагноз

- экспрессию Thyroglobulin
- наличие в опухолевых клетках ядер папиллярного типа
- экспрессию CK7
- экспрессию TTF-1

Диагноз

Дифференциальную диагностику серозной карциномы яичника необходимо проводить с опухолями, которые наиболее часто метастазируют в яичник и представлены метастазом

- плоскоклеточного рака
- меланомы
- колоректальной аденокарциномы
- гепатоцеллюлярного рака

При дифференциальной диагностике серозной карциномы яичника наиболее часто применяется антитело

- WT1
- CD45
- CK AE1/AE3
- melan A

При дифференциальной диагностике серозной карциномы яичника с метастазом рака молочной железы, применяются антитела

- CD20

- S100
- melan A
- WT1, GCDFP-15, mamaglobin

Для дифференциальной диагностики серозной карциномы яичника и метастаза меланомы в ткань яичника, используются антитела

- CD45
- CK7, melan A, HMB-45
- CD20
- CK20

Для дифференциальной диагностики серозной карциномы яичника и мелкоклеточного рака яичника используются антитела

- CD 45
- WT1, Chromogranin, Synaptophysin, CD56.
- CK 20
- CD 5

Для дифференциальной диагностики серозной карциномы яичника и метастаза папиллярного рака щитовидной железы в яичник используются антитела

- thyroglobulin, TTF-1, WT1
- P53
- CK AE1/AE3
- villin

Для дифференциальной диагностики серозной карциномы яичника и метастаза медуллярного рака щитовидной железы в яичник используют антитела

- CD45
- calcitonin, WT1
- melan A
- CK AE1/AE3

Для дифференциальной диагностики между серозной карциномой яичника и метастазом рака желудка в яичник следует использовать антитела

- CD45
- TTF-1
- mammaglobin
- CK7, CK20, CDX2, WT1

Для дифференциальной диагностики между серозной карциномой яичника и мезотелиомой используются антитела

- P63
- AMACR
- CD20
- h-caldesmon{plus}, CK5/6{plus}, ER-, Ber-EP4-

Для дифференциальной диагностики между серозной карциномой яичника и гранулезоклеточной опухолью яичника используются антитела

- P63
- AMACR
- CD20
- h-caldesmon{plus}, CK5/6{plus}, ER-, Ber-EP4-

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Поступил фиксированный в формалине биоматериал (подмышечный лимфоузел слева) мужчины 22 лет.
Жалобы
на * кожный зуд, * ночную потливость, * субфебрилитет.
Анамнез заболевания
Считает себя больным в течение нескольких месяцев, когда начали появляться описанные жалобы.
Анамнез жизни
Не отягощён, без вредных привычек, в детстве перенёс инфекционный мононуклеоз.
Объективный статус
Подмышечный лимфоузел, 4 см в наибольшем измерении, с утолщенной капсулой, на разрезе с нодулями жёлтого цвета. Микроскопически рисунок изменён за счёт формирования нодулей из малых лимфоцитов, эозинофилов и гистиоцитов, среди которых расположены крупные округлые клетки с обширной цитоплазмой и крупными бобовидными ядрами с гетерогенным хроматином и крупными эозинофильными ядрышками, по одному в каждой доле ядра.
Описанной морфологии может соответствовать

- P63
- AMACR
- CD20
- h-caldesmon{plus}, CK5/6{plus}, ER-, Ber-EP4-

Диагноз

Для опухоли с описанной морфологией характерен иммунофенотип

- PAX5-, CD30{plus}

- PAX5-, CD30-
- PAX5{plus}, CD30-
- PAX5{plus}, CD30{plus}

В опухоли с описанной морфологией экспрессия CD20 обычно

- всегда слабая диффузная
- часто негативная, но в редких случаях – позитивная, с разной степенью интенсивности
- всегда негативная
- яркая, диффузная

В опухоли с описанной морфологией наличие вируса Эпштейна-Барр

- говорит о В-клеточной природе опухоли
- обязательно в части клеток
- обязательно для диагноза
- может как выявляться, так и не выявляться

Опухоли с описанной морфологией наиболее часто экспрессирует

- CD5
- CD57
- CD15
- CD43

В опухоли с описанной морфологией экспрессия CD45 обычно

- негативная
- яркая, диффузная
- слабая, диффузная
- интенсивная, в ядрах опухолевых клеток

В опухоли с описанной морфологией экспрессия PAX5 обычно

- слабая ядерная
- интенсивная ядерная
- интенсивная цитоплазматическая
- интенсивная мембранная

Описанную опухоль необходимо дифференцировать с

- вирусным лимфаденитом
- ревматоидной лимфаденопатией
- метастазом рака молочной железы
- болезнью Кастлемана

Дефинитивно принять решение о диагнозе при данной морфологии позволяет наличие

- характерного иммунофенотипа
- профессиональной вредности
- характерных генетических перестроек
- характерной клинической картины

При подтверждении экспрессии опухолевыми клетками данной опухоли PAX5 и CD30, такая опухоль, наиболее вероятно, происходит из

- фолликулярных дендритных клеток
- гистиоцитов
- В-лимфоцитов
- т-лимфоцитов

При подтверждении экспрессии опухолевыми клетками данной опухоли PAX5 и CD30, такая опухоль, наиболее вероятно, имеет прогноз

- такой же, как у диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы
- лучше, чем у диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы
- такой же, как у HP-ассоциированной MALT-лимфомы желудка
- хуже, чем у диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы

В опухоли с описанной морфологией экспрессия OCT2

- такой же, как у диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы
- лучше, чем у диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы
- такой же, как у HP-ассоциированной MALT-лимфомы желудка
- хуже, чем у диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Поступил фиксированный в формалине биоматериал (подмышечный лимфоузел справа) мужчины 70 лет.
Жалобы
на * слабость, * ночную потливость, * субфебрилитет, * увеличение подмышечных лимфоузлов с двух сторон.
Анамнез заболевания
Жалобы беспокоят в течении года.
Анамнез жизни
Курит в течении 50 лет по 0,5 пачки в день.
Объективный статус
Подмышечный лимфоузел, 6 см в наибольшем измерении, эластичный, на разрезе однородный, белёсый. Микроскопически рисунок стёрт за счёт

диффузного инфильтрата из малых и среднего размера монотонных лимфоцитов, встречаются параиммунобласты, местами образующие группы, размером с площадь 1,5 полей зрения большого увеличения микроскопа.
Описанную морфологию может иметь лимфома

- классическая Ходжкина, нодулярный склероз
- из малых лимфоцитов
- фолликулярная
- маргинальной зоны

Опухоль с описанной морфологией обычно имеет иммунофенотип

- CD5{plus}, CD30{plus}
- PAX5-, CD23{plus}
- PAX5-, CD30-
- CD5{plus}, CD23{plus}

В опухоли с описанной морфологией экспрессия CD20 обычно

- негативная
- чаще слабая, диффузная, но может быть и яркая диффузная
- слабая диффузная
- яркая, диффузная

В опухоли с описанной морфологией экспрессия CD23 обычно

- слабая диффузная
- негативная
- яркая, диффузная
- чаще яркая, диффузная, но может быть и слабая диффузная

В опухоли с описанной морфологией экспрессия CD5 обычно

- негативная
- слабая, мозаичная
- яркая, диффузная
- слабая диффузная

Экспрессия CD5 для опухоли с описанной морфологией, при её наличии, вероятно

- связана с гистогенезом из клеток памяти
- носит аберрантный характер относительно гистогенеза
- связана с гистогенезом из Т-лимфоцитов
- связана с гистогенезом из В-лимфоцитов

При наличии подтверждённого фенотипа CD23{plus}, CD5{plus}, CD20{plus}, Cyclin D1-, данная опухоль, как правило, аберрантно экспрессирует

- CD79a
- LEF1
- CD19
- CD22

Описанную опухоль необходимо дифференцировать с

- вирусным лимфаденитом
- плазмоцитомой
- ревматоидной лимфаденопатией
- фолликулярной лимфомой

Дефинитивно принять решение о диагнозе при данной морфологии позволяет наличие

- характерного иммунофенотипа
- характерного гистохимического окрашивания
- характерной клинической картины
- профессиональных факторов риска

При наличии подтверждённого фенотипа CD23{plus}, CD5{plus}, CD20{plus}, Cyclin D1, описанная опухоль, наиболее вероятно, имеет гистогенез из

- зрелых Т-лимфоцитов
- зрелых В-лимфоцитов
- в-пролимфоцитов
- в-лимфобластов

При наличии подтверждённого фенотипа CD23{plus}, CD5{plus}, CD20{plus}, Cyclin D1-, данная опухоль, наиболее вероятно, будет иметь ответ на химиотерапию

- лучше, чем у диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы
- такой же, как у классической лимфомы Ходжкина
- хуже, чем у диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы
- такой же, как у диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы

При наличии подтверждённого фенотипа CD23{plus}, CD5{plus}, CD20{plus}, Cyclin D1-, описанная опухоль будет стадироваться по системе

- лучше, чем у диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы
- такой же, как у классической лимфомы Ходжкина
- хуже, чем у диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы

- такой же, как у диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 70 лет. Поступил фиксированный в формалине биоматериал (поднижнечелюстной лимфоузел справа).
Жалобы
на * увеличение поднижнечелюстных лимфоузлов с двух сторон, лимфоузлы безболезненны.
Анамнез заболевания
Жалобы беспокоят в течение полугода.
Анамнез жизни
Не отягощён.
Объективный статус
Поднижнечелюстной лимфоузел слева, 3 см в наибольшем измерении, мягкий, на разрезе мелкозернистый, бежевый. Микроскопически рисунок стёрт за счёт диффузного инфильтрата из крупных полиморфных округлых клеток без структурообразования, имеющих светло-эозинофильную скудную цитоплазму и крупные с неровными контурами ядра с гетерогенным волокнистым хроматином и одним или несколькими ядрышками. Многочисленные митозы. Фоновый инфильтрат представлен малыми немногочисленными лимфоцитами.
Описанную морфологию может иметь

- лучше, чем у диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы
- такой же, как у классической лимфомы Ходжкина
- хуже, чем у диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы
- такой же, как у диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы

Диагноз

Для данной опухоли наиболее характерен иммунофенотип

- CD20-/{plus}, CD30{plus}/-
- CD20-, CD30-
- CD20{plus}, CD30-/{plus}
- CD20-, CD30{plus}

В опухоли с описанной морфологией экспрессия CD20

- часто негативная, но в редких случаях – слабо позитивная
- обычно яркая, диффузная
- всегда яркая, но мозаичная
- всегда слабая диффузная

В опухоли с описанной морфологией экспрессия CD10, при наличии экспрессии CD20

- может быть как негативная, так и позитивная, с разной интенсивностью
- обычно слабая, гранулярная, в цитоплазме
- всегда слабая диффузная
- всегда негативная

В опухоли с описанной морфологией экспрессия CD79a, при наличии экспрессии CD20

- как правило, негативная, редко - позитивная
- позитивная, но мозаичная
- как правило, позитивная
- позитивная примерно в половине случаев

В опухоли с описанной морфологией экспрессия MUM1, при наличии экспрессии CD20

- почти всегда негативная
- может быть как негативная, так и позитивная, с разной степенью интенсивности
- всегда слабая диффузная
- позитивная, но мозаичная

В опухоли с описанной морфологией экспрессия BCL6, при наличии экспрессии CD20

- почти всегда слабая позитивная
- как правило, негативная
- всегда интенсивная диффузная
- может быть как негативная, так и позитивная, с разной степенью интенсивности

Описанную опухоль необходимо дифференцировать с

- болезнью Эрдхайма-Честера
- классической лимфомой Ходжкина, нодулярным склерозом
- анапластической лимфомой
- вирусным лимфаденитом

При наличии подтверждённого фенотипа CD20{plus}, CD5-, Ki-67 90%, выявление в опухоли с описанной морфологией CD30

- говорит о хорошем прогнозе в случае отсутствии ассоциации с вирусом Эпштейна-Барр, и в случае, не относящимся к первичной опухоли тимуса
- не характеризует прогноз
- говорит о хорошем прогнозе в медиастинальной локализации

- всегда говорит о хорошем прогнозе

При выявлении у опухоли с описанной морфологией иммунофенотипа CD20-, CD5{plus}, CD19{plus}, она, наиболее вероятно, происходит из

- в-лимфоцитов
- т-лимфоцитов
- плазмоцитов
- фолликулярных дендритных клеток

При опухоли с описанной морфологией и иммунофенотипом CD20{plus}, CD5-, Ki-67 70%, дополнительно можно определить прогноз, путем исследования экспрессии

- ZAP70
- CD23
- BCL2 и C-MYC
- S-100

Главным прогностическим фактором у опухоли с описанной морфологией и иммунофенотипом CD20{plus}, CD30-, Ki-67 60%, является

- ZAP70
- CD23
- BCL2 и C-MYC
- S-100

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 60 лет. Поступил фиксированный в формалине биоматериал (паховый лимфоузел слева).
Жалобы
на * увеличение подмышечных и паховых лимфоузлов с двух сторон.
Анамнез заболевания
Жалобы постепенно нарастают в течение двух лет.
Анамнез жизни
Курит в течение 30 лет по 1 пачке в день.
Объективный статус
Паховый лимфоузел, 3 см в наибольшем измерении, плотный, на разрезе белёсый, слегка дольчатый. Микроскопически капсула утолщена, рисунок лимфоузла изменён за счёт образования многочисленных, плотно расположенных, сливающихся, напоминающих вторичные фолликулы структур, без поляризации герминативных центров и с плохо различимой зоной мантии. Описанные структуры состоят из слабо полиморфных монотонно

расположенных центроцитов и единичных центробластов, до 5 в одном поле зрения большого увеличения микроскопа.
Описанную морфологию может иметь лимфома

- ZAP70
- CD23
- BCL2 и C-MYC
- S-100

Диагноз

Для данной опухоли наиболее характерен иммунофенотип

- CD5{plus}, CD23{plus}
- CD20{plus}, CD10{plus}
- CD5{plus}, CD10{plus}
- PAX5-, CD20{plus}

В опухоли с описанной морфологией BCL2, при наличии экспрессии CD20 обычно

- позитивен в фолликуло-подобных структурах
- не экспрессируется
- позитивен в фоновом инфильтрате
- позитивен только в анаплазированных клетках

В опухоли с описанной морфологией экспрессия CD10, при наличии экспрессии CD20

- экспрессируется слабо, диффузно
- не экспрессируется
- экспрессируется ярко, диффузно
- интенсивно экспрессируется в фолликуло-подобных структурах и более слабо - вне их

В опухоли с описанной морфологией BCL6, при наличии экспрессии CD20, обычно

- интенсивно экспрессируется в фолликуло-подобных структурах и более слабо - вне них
- не экспрессируется
- экспрессируется слабо, диффузно
- экспрессируется ярко, диффузно

В опухоли с описанной морфологией CD23, при наличии экспрессии CD20, обычно

- маркирует расширенные сети фолликулярных дендритных клеток

- позитивен в фолликуло-подобных структурах и более слабо - вне них
- позитивен
- негативен

При наличии экспрессии CD20 и CD10, опухоль с описанной морфологией относится к

- лимфомам высокой гистологической степени злокачественности
- лимфомам низкой гистологической степени злокачественности
- пролимфоцитарным лимфомам
- лимфобластным лимфомам

Описанную опухоль необходимо дифференцировать с

- лимфомой маргинальной зоны
- лимфомой Ходжкина
- плазмобластной лимфомой
- болезнью Кастлемана

В опухоли с описанной морфологией обычно не экспрессируется

- CD22
- CD19
- CD43
- BCL2

При наличии подтверждённого фенотипа CD20{plus}, CD5-, CD10{plus}, CyclinD1-, BCL2{plus}, опухоль с описанной морфологией, наиболее вероятно, имеет поломку

- t (8;14)
- t (4;18)
- t (14;18)
- t (8;18)

При наличии подтверждённого фенотипа CD20{plus}, CD5-, CD10{plus}, Cyclin D1-, BCL2{plus}, описанная опухоль

- часто сочетается с диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомой в пределах одного лимфоузла
- всегда прогрессирует в диффузную крупноклеточную В-клеточную лимфому
- не способна прогрессировать в диффузную крупноклеточную В-клеточную лимфому
- часто прогрессирует в диффузную крупноклеточную В-клеточную лимфому

При наличии подтверждённого фенотипа CD20{plus}, CD5-, CD10{plus}, Cyclin D1-, описанная опухоль, имеет степень злокачественности

- часто сочетается с диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомой в пределах одного лимфоузла
- всегда прогрессирует в диффузную крупноклеточную В-клеточную лимфому
- не способна прогрессировать в диффузную крупноклеточную В-клеточную лимфому
- часто прогрессирует в диффузную крупноклеточную В-клеточную лимфому

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 65 лет. Поступил фиксированный в формалине биоматериал (гастробиоптат).
Жалобы
на * боли в эпигастрии, * вздутие живота, * жидкий стул.
Анамнез заболевания
Жалобы постепенно нарастают в течение года.
Анамнез жизни
Последний раз выполнялась ФЭГДС три года назад, был поставлен диагноз HP-ассоциированного гастрита, эрадикацию не проходила, решила, что «само пройдет».
Объективный статус
Макроскопически: * мелкий белёсый фрагмент слизистой оболочки, около 0,5 см в наибольшем измерении. *Микроскопически:* * фрагменты слизистой оболочки желудка со стёртым рисунком желёз собственной пластинки за счёт плотного диффузного инфильтрата из моноцитоидных мономорфных лимфоидных клеток с мелкими ядрами.
Описанную морфологию может иметь лимфома

- часто сочетается с диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомой в пределах одного лимфоузла
- всегда прогрессирует в диффузную крупноклеточную В-клеточную лимфому
- не способна прогрессировать в диффузную крупноклеточную В-клеточную лимфому
- часто прогрессирует в диффузную крупноклеточную В-клеточную лимфому

Диагноз

Для данной опухоли наиболее характерен иммунофенотип

- CD5{plus}, CD10{plus}
- CD20{plus}, CD5-
- CD23{plus}, CD20{plus}
- CD5{plus}, CD23{plus}

Опухоль, с описанной морфологией из возможных классов иммуноглобулинов, наиболее часто экспрессирует

- IgA
- IgG
- IgE
- IgM

В опухоли с описанной морфологией, при наличии экспрессии CD20, экспрессия CD10

- как правило, негативная
- всегда яркая, диффузная
- всегда негативная
- всегда слабая диффузная

В опухоли с описанной морфологией, при наличии экспрессии CD20, возможна поломка

- t (11;18)
- t (8;14)
- t (11;14)
- t (8;18)

В опухоли с описанной морфологией CD23, при наличии экспрессии CD20, обычно

- имеется только в фоновом инфильтрате
- всегда негативная
- всегда яркая, диффузная
- маркирует резидуальные сети фолликулярных дендритных клеток

Опухоль с описанной морфологией, при наличии экспрессии CD20 и отсутствии экспрессии CD10 и BCL6, относится к группе

- лимфом высокой гистологической степени злокачественности
- лимфомам низкой гистологической степени злокачественности
- гистиоцитарных опухолей высокой степени злокачественности
- лимфом промежуточной гистологической степени злокачественности

Описанную опухоль необходимо дифференцировать с

- лимфомой Ходжкина

- болезнью Кастлемана
- фолликулярной лимфомой
- диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомой

При наличии подтверждённого фенотипа CD20{plus}, CD5-, CD10-, CyclinD1-, и примеси плазмоцитов в описанном монотонном инфильтрате, описанную опухоль можно дифференцировать от лимфоплазмоцитарной лимфомы путём определения

- выраженности фонового инфильтрата
- отсутствия мутации MYD88
- наличия мутации MYD88
- наличия транслокации BCL2

При наличии подтверждённого фенотипа CD20{plus}, опухоль с описанной морфологией наиболее часто может иметь поломку

- трисомию 7
- полиплоидию
- трисомию 5
- трисомию 3

При наличии подтверждённого фенотипа CD20{plus}, CD5-, CD10-, CyclinD1-, описанная опухоль, наиболее вероятно, происходит из

- в-лимфобластов
- зрелых Т-лимфоцитов
- гистиоцитов
- зрелых В-лимфоцитов

При наличии подтверждённого фенотипа CD20{plus}, CD5-, CD10-, CyclinD1-, этиологическим фактором описанной опухоли наиболее часто является

- в-лимфобластов
- зрелых Т-лимфоцитов
- гистиоцитов
- зрелых В-лимфоцитов

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 60 лет. Поступил операционный материал (верхняя доля левого лёгкого) и маркированные отдельно лимфоузлы.
Жалобы
Активно не предъявляет.

Анамнез заболевания
При прохождении контрольной флюорографии обнаружено периферическое образование, около 1,5 см в диаметре с лучистым контуром. При проведении ПЭТ КТ образование интенсивно накапливает контраст и радиофармпрепарат.
Анамнез жизни
Курит в течении 45 лет по 1 пачке в день
Объективный статус
Макроскопически: * на разрезе верхняя доля лёгкого с пятнами серого цвета, эмфизематозно расширенными верхними отделами, в просвете бронхов — слизистая мокрота. Субплеврально в нижнем полюсе — эластичный узел со звёздчатым контуром, 1,5 см в наибольшем измерении, округлой формы, подрастает к плевре и подтягивает её, на разрезе бежевый, слегка губчатой структуры. *Микроскопически:* * узел представлен преимущественно структурами, повторяющими очертания альвеол, состоящими из септ, несколько утолщенных, по сравнению с нормальными межальвеолярными перегородками и выстланных крупными округлыми клетками с эозинофильной цитоплазмой и округлыми крупными гиперхромными ядрами с неровными контурами и волокнистым умеренно гетерогенным хроматином. Имеется 2 участка (суммарно около 0,4 мм в наибольшем измерении), представленных толстостенными железистыми структурами, отдалённо напоминающими очертания альвеол и выстланными эпителием, сходным с таковым в доминирующих структурах.
Описанную морфологию может иметь

- в-лимфобластов
- зрелых Т-лимфоцитов
- гистиоцитов
- зрелых В-лимфоцитов

Диагноз

Для данной опухоли наиболее характерен иммунофенотип

- TTF1{plus}, CK20{plus}
- TTF1-, CK7-
- TTF1{plus}, CK7{plus}
- TTF1{plus}, CK7-

Описанная опухоль имеет статус

- злокачественной
- опухоли с промежуточным потенциалом злокачественности
- опухоли с неопределённым потенциалом злокачественности
- доброкачественной

Биологический потенциал описанной опухоли при подтверждении её эпителиальной природы определяется

- её размером
- её гистогенезом и морфологическим вариантом
- её стадией
- отсутствием у неё собственной капсулы

Иммуногистохимическим маркёром, способным подтвердить первично лёгочное происхождение описанной опухоли, является

- CK19
- thyreoglobulin
- TTF1
- CK8

Описанную опухоль необходимо дифференцировать с

- фетальной аденокарциномой лёгкого
- метастазом колоректального рака
- папиллярной аденомой лёгкого
- высокодифференцированной инвазивной аденокарциномой лёгкого

Описанная опухоль

- всегда связана с курением
- может быть связана с курением
- связана с курением только при наличии фоновых интерстициальных болезней лёгкого
- не связана с курением

Наиболее доступный ранний метод диагностики описанной патологии

- метод эластографии
- эндоскопический
- полимеразная-цепная реакция
- рентгенологический с последующей трепанобиопсией

Описанное состояние

- стадируется по системе Rai
- стадируется по системе TNM
- стадируется по системе Ann Arbor
- не стадируется

Этиологически описанный процесс

- преимущественно связан с вирусным воздействием
- связан с внешними канцерогенами
- является наследственным

- связан как правило с генетическими факторами и присоединением вирусной инфекции

Гистогенетически, наиболее вероятно, описанное образование происходит из

- мезотелиоцитов
- клеток APUD-системы
- метаплазированного многослойного плоского эпителия бронхов
- альвеоцитов 2 порядка

Предшествовать описанной гистологической картине может

- мезотелиоцитов
- клеток APUD-системы
- метаплазированного многослойного плоского эпителия бронхов
- альвеоцитов 2 порядка

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 50 лет. Поступил операционный материал (1-2 сегменты верхней доли правого лёгкого) паратрахеальные лимфоузлы.
Жалобы
Активно не предъявляет.
Анамнез заболевания
При прохождении контрольной флюорографии обнаружено периферическое образование, около 2,5 см в диаметре с бугристым контуром. При проведении ПЭТ КТ образование интенсивно накапливает контраст и не накапливает радиофармпрепарат.
Анамнез жизни
Не курит, проживает в Архангельске в течении всей жизни, работает гардеробщицей в детской поликлинике, гардероб расположен в подвальном помещении.
Объективный статус
На разрезе сегменты верхней доли правого лёгкого с пятнами серого цвета, субплеврально в верхнем полюсе — плотный бугристый серый узел, 2,5 см в наибольшем измерении, с участками желтоватого цвета. Микроскопически узел представлен эпителиоидно-клеточными, сливающимися гранулёмами, окружёнными фиброзом. В центре гранулём — сухой некроз, в части из них со следами клеточного детрита.
Описанная морфология соответствует

- мезотелиоцитов
- клеток APUD-системы
- метаплазированного многослойного плоского эпителия бронхов

- альвеоцитов 2 порядка

Диагноз

На следующем этапе из дополнительных методов исследования целесообразно провести

- ШИК реакцию
- окраску по Цилю-Нильсену
- окраску суданом чёрным
- иммуногистохимическую реакцию с антителами к гистиоцитам

Процесс с описанной морфологией является

- пролиферативным процессом с неопределённым опухолевым потенциалом
- хроническим воспалением
- доброкачественной опухолью
- опухолью с промежуточным потенциалом злокачественности

Описанная морфология возможна при

- туберкулёзе
- саркоидозе
- лимфоматоидном гранулематозе
- опухоли из гистиоцитарных клеток

Дифференциально-диагностическим параметром в группе нозологий, к которой принадлежит описанный случай, является

- расположение в лёгком
- наличие фиброза по периферии
- наличие многоядерных гигантских клеток
- наличие казеозного некроза

Описанную патологию необходимо дифференцировать с

- нетуберкулёзным микобактериозом
- силикатозом
- ВИЧ-инфекцией
- абсцедирующей пневмонией

Фоновым заболеванием, при котором наиболее возможно развитие описанной патологии, является

- лимфоматоидный гранулематоз
- фиброзирующий альвеолит
- ВИЧ-инфекция

- аспергиллёз

Описанный процесс

- всегда поражает одновременно кожу и лёгкие
- кроме лёгких, затрагивает только кожу
- не затрагивает внелёгочные локализации
- способен поражать все системы органов

Описанное состояние

- стадируется по системе опухолей лёгкого
- стадируется по системе TNM
- не стадируется, выделяются фазы течения
- стадируется по системе Rai

Взаимосвязь описанного процесса с пневмокониозом, при наличии в первом инфекционного агента

- возможна, как вторичное присоединение инфекции к пневмокониозу с развитием гранулематозного процесса
- не возможна
- всегда определяется
- возможна, как развитие пневмокониоза в результате наличия этого инфекционного гранулематозного процесса

Патологический процесс с описанной морфологией может распространяться по окружающей ткани путем

- путём контактного распространения
- путём лимфоваскулярной инвазии
- путём ослабления иммунитета
- распространения инфекционного агента

Поставить дефинитивный диагноз при наблюдаемой морфологической картине можно путем проведения

- путём контактного распространения
- путём лимфоваскулярной инвазии
- путём ослабления иммунитета
- распространения инфекционного агента

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Мужчина 52 года. Поступил фиксированный в формалине биоматериал (лоскут кожи левой голени).

Жалобы

на * появление и медленный рост светло-розового овального эластичного узла с нечёткими контурами, возвышающегося на 3 мм над поверхностью кожи, 3 см в наибольшем измерении. Эпидермис макроскопически не изменён.

Анамнез заболевания

Жалобы беспокоят в течении 3 месяцев.

Анамнез жизни

Не отягощён, без вредных привычек.

Объективный статус

При микроскопическом исследовании в сосочковом слое дермы – полосовидный инфильтрат из монотонных лимфоидных клеток с образованием сливающихся гнёзд без чётких контуров. Клетки имеются небольшую светлую цитоплазму и среднего размера слабо полиморфные угловатые округлые ядра с гомогенным хроматином. Единичные митозы. Имеются единичные интраэпидермальные лимфоциты сходной морфологии.

Описанную морфологию может иметь

- путём контактного распространения
- путём лимфоваскулярной инвазии
- путём ослабления иммунитета
- распространения инфекционного агента

Диагноз

Для описанной опухоли наиболее характерен иммунофенотип

- CD20{plus}, CD30{plus}
- CD4{plus}, CD7{plus}
- CD4{plus}, CD7-
- CD19{plus}, CD30-

В описанной опухоли, экспрессия CD30

- может быть как негативная, так и позитивная
- всегда слабая диффузная
- всегда негативная
- всегда яркая, диффузная

При позитивной экспрессии CD4 в описанной опухоли, экспрессия CD5 обычно

- ослабленная
- яркая, но мозаичная
- яркая, диффузная
- негативная

При позитивной экспрессии CD4 в описанной опухоли, экспрессия CD10

- обычно негативная
- обычно яркая, диффузная
- обычно яркая, но мозаичная
- может быть как негативная, так и позитивная экспрессия

При позитивной экспрессии CD4 в описанной опухоли, экспрессия CD15 обычно

- встречается в части случаев
- негативная
- всегда мозаичная
- позитивная

В дифференциальной диагностике описанной опухоли с различными лимфопролиферативными процессами в коже наиболее важным морфологическим критерием является

- слабая степень эпидермотропизма
- гомогенность хроматина
- светлая цитоплазма
- полосовидность инфильтрата

Описанная опухоль, наиболее вероятно, при экспрессии CD4, имеет происхождение из

- мастоцитов
- т-лимфоцитов
- в-лимфоцитов
- гистиоцитов

Описанная опухоль, при экспрессии CD4, имеет молекулы TCR

- в зародышевом состоянии в половине случаев
- почти всегда в клонально перестроенном состоянии
- всегда в поликлонально перестроенном состоянии
- всегда в зародышевом состоянии

При подтверждении экспрессии опухолевыми клетками данной опухоли CD4{plus} и CD30{plus}, дифференциально-диагностическим признаком с другими опухолями является

- полосовидность инфильтрата
- отсутствие вовлечения подкожной жировой клетчатки
- паттерн экспрессии CD30
- гомогенный ядерный хроматин

При описанной морфологии опухолевую природу инфильтрата позволил бы дополнительно подтвердить тест на

- отсутствие экспрессии CD20 и экспрессию CD4 частью клеток
- экспрессию CD30 и диффузную экспрессию CD4
- экспрессию CD8 одной частью клеток и CD4 - другой
- отсутствие экспрессии CD7, CD8, диффузную экспрессию CD4, отсутствие экспрессии CD30

При подтверждении экспрессии опухолевыми клетками данной опухоли CD4, поражение лимфоузлов такой опухолью

- отсутствие экспрессии CD20 и экспрессию CD4 частью клеток
- экспрессию CD30 и диффузную экспрессию CD4
- экспрессию CD8 одной частью клеток и CD4 - другой
- отсутствие экспрессии CD7, CD8, диффузную экспрессию CD4, отсутствие экспрессии CD30

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 83 года. Поступил фиксированный в формалине биоматериал (лоскут кожи правой голени).
Жалобы
на * появление, быстрый рост и болезненность ярко-розового округлого эластичного узла с относительно чёткими контурами, возвышающегося на 1 см над поверхностью кожи, 5 см в наибольшем измерении, с изъязвлением.
Анамнез заболевания
Жалобы беспокоят в течении 2 месяцев.
Анамнез жизни
У матери – рак молочной железы, без вредных привычек.
Объективный статус
При микроскопическом исследовании в дерме с распространением на подкожную жировую клетчатку и с изъязвлением эпидермиса – плотный диффузный инфильтрат из крупных полиморфных округлых клеток без структурообразования, имеющих светло-эозинофильную скудную цитоплазму и крупные с неровными контурами ядра с гетерогенным волокнистым хроматином и одним или несколькими ядрышками. Многочисленные митозы. Фоновый инфильтрат представлен малыми немногочисленными лимфоцитами. Эпидермотропизм не определяется.
Описанную морфологию может иметь

- отсутствие экспрессии CD20 и экспрессию CD4 частью клеток
- экспрессию CD30 и диффузную экспрессию CD4
- экспрессию CD8 одной частью клеток и CD4 - другой

- отсутствие экспрессии CD7, CD8, диффузную экспрессию CD4, отсутствие экспрессии CD30

Диагноз

В опухоли с описанной морфологией, при наличии диффузной экспрессии CD4, экспрессия цитотоксических гранул

- выявляется во всех случаях
- выявляется часто
- выявляется редко
- никогда не выявляется

В опухоли с описанной морфологией, при наличии диффузной экспрессии CD4, экспрессии CD30

- всегда негативная
- как правило, яркая, диффузная, более 75% клеток
- может быть как негативная, так и позитивная экспрессия
- всегда слабая диффузная

При позитивной экспрессии CD4 в описанной опухоли, экспрессия CD5 обычно

- может быть как негативная, так и позитивная экспрессия
- всегда негативная
- чаще ослаблена
- как правило, яркая, диффузная, более 75% клеток

В опухоли с описанной морфологией при наличии иммунофенотипа CD30{plus}, CD4{plus}, EMA-, экспрессия ALK

- как правило, негативная
- всегда яркая, диффузная, ядерная
- чаще ослаблена
- всегда негативная

Экспрессия CD7 в опухоли с описанной морфологией при наличии иммунофенотипа CD30+, CD4+, EMA-

- позитивная мозаичная
- интенсивная гранулярная цитоплазматическая
- часто негативная или ослабленная
- почти всегда ярко позитивная

Прогноз описанной опухоли, при диффузной яркой экспрессии CD30{plus}, CD4{plus} и EMA-

- часто хороший
- всегда благоприятный
- зависит от индекса массы тела пациента
- определяется морфологией

Описанную опухоль необходимо дифференцировать с

- туберкулёзом кожи
- лимфоматоидным папулёзом
- световой оспой Базена
- саркоидозом кожи

Опухоль с описанной морфологией при наличии иммунофенотипа CD30{plus}, CD4{plus} необходимо дифференцировать с

- гистиоцитозом из клеток Лангерганса
- диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомой кожи
- плазмоцитомой
- нодальной анапластической лимфомой с вовлечением кожи

При подтверждении экспрессии опухолевыми клетками данной опухоли CD4{plus} и CD30, подтвердить злокачественную опухолевую природу патологии (выберите 1) можно при

- изъязвлении и вовлечении подкожной жировой клетчатки
- солитарности поражения и пожилом возрасте
- вовлечении подкожной жировой клетчатки
- ослаблении экспрессии Т-клеточных маркёров

Характер иммунофенотипа при описанной морфологии и позитивном CD30

- не позволяет однозначно установить злокачественную опухолевую природу инфильтрата
- говорит о злокачественной опухолевой природе патологии, в случае ослаблении экспрессии CD5
- говорит о злокачественной опухолевой природе патологии, в случае экспрессии CD45
- говорит о злокачественной опухолевой природе патологии, в случае отсутствия экспрессии CD7

При подтверждении экспрессии опухолевыми клетками данной опухоли CD30, с различными лимфомами кожи её можно дифференцировать

- не позволяет однозначно установить злокачественную опухолевую природу инфильтрата
- говорит о злокачественной опухолевой природе патологии, в случае ослаблении экспрессии CD5

- говорит о злокачественной опухолевой природе патологии, в случае экспрессии CD45
- говорит о злокачественной опухолевой природе патологии, в случае отсутствия экспрессии CD7

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 45 лет обратилась на прием к терапевту.
Жалобы
на * рост объема живота, * запоры.
Гинекологический анамнез
Менархе с 14 лет, беременностей – 2, аборты – 0, роды – 2. Последняя менструация 15 дней назад.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски, живот резко увеличен в объеме. УЗИ органов брюшной полости: большое количество свободной жидкости в брюшной полости. УЗИ органов малого таза: правый яичник 35 см в наибольшем измерении. Была выполнена пункция брюшной полости, при цитологическом исследовании полученной жидкости выявлены единичные железистые клетки, с большим количеством вне- и внутриклеточного муцина. При колоноскопии изменения не выявлены.
Данная клиническая картина может наблюдаться при муцинозной карциноме аппендикса с метастазом в правый яичник, пограничной муцинозной опухоли яичников и

- муцинозной карциноме правого яичника
- аденокарциноме шейки матки
- плоскоклеточной карциноме шейки матки
- лейкомиоме тела матки
- эндометриоидной карциноме тела матки

При выполнении операции, в брюшной полости было обнаружено большое количество муцина на поверхности серозных оболочек органов брюшной полости. Это состояние соответствует

- псевдомиксоме брюшины
- муцинозному перитонеуму
- серозно-муцинозному перитониту
- муцинозиту

Данное состояние наблюдается при муцинозной карциноме яичников муцинозной карциноме аппендикса и

- аппендикулярной муцинозной неоплазии low-grade (LAMN)
- ожирении

- нарушении белкового обмена
- серозной карциноме брюшины

Гистологически выделяют степени Low-grade и

- аппендикулярной муцинозной неоплазии low-grade (LAMN)
- ожирении
- нарушении белкового обмена
- серозной карциноме брюшины

Гистологическая картина, соответствующая данному диагнозу, представлена на изображении под номером
С муцинозными опухолями яичника часто ассоциированы дермоидная киста и

- кальцинаты
- опухоль Бреннера
- муцинозная карцинома аппендикса и толстой кишки
- мутация в TP53 и в BRCA2

Для подтверждения диагноза, при выполнении иммуногистохимического исследования, возможно использовать PAX8, CDX2 и

- CD3
- P63
- CK7
- CD45

Наиболее характерной иммуногистохимической панелью для первичной муцинозной карциномы яичника является

- CK7-, CK20{plus}, PAX8-, CDX2{plus}
- CK7{plus}, CK20-, PAX8{plus}, CDX2-
- CK7{plus}, CK20-, PAX8-, CDX2-
- CK7-, CK20{plus}, PAX8{plus}, CDX2{plus}

Муцинозные карциномы яичников

- самые частые опухоли яичников
- самые крупные первичные карциномы яичников
- чаще поражают левый яичник
- являются врожденными опухолями

Частота встречаемости муцинозной опухоли среди первичных опухолей яичника составляет +_____+ % от всех опухолей яичников

- 30
- 50

- 25
- 3-4

Для муцинозной карциномы яичников характерна мутация в гене

- _BRCA1/2_
- _RAD50_
- _KRAS_
- _TP53_

Средний возраст пациенток с данной патологией составляет +_____+ лет

- _BRCA1/2_
- _RAD50_
- _KRAS_
- _TP53_

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 63 лет обратилась на прием к врачу-онкологу-гинекологу.
Жалобы
на * тянущие боли в области малого таза, * рост объема живота.
Гинекологический анамнез
Анамнез: менархе с 12 лет, беременностей – 1, аборты – 0, роды – 1. Менопауза 5 лет.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски. При гинекологическом осмотре: слизистая оболочка влагалища бледная, блестящая, зев щелевидный, без особенностей. УЗИ органов малого таза: правые придатки в виде единого преимущественно солидного образования с неровными стенками, 15х12х7 см; левые придатки и тело матки без особенностей. УЗИ органов брюшной полости: в просвете брюшной полости незначительное количество свободной жидкости, большой сальник с уплотнениями, до 2 см в диаметре.
Данная клиническая картина может наблюдаться при серозной карциноме правой маточной трубы, пограничной серозной опухоли яичников и

- серозной карциноме правого яичника
- лейкомиоме тела матки
- эндометриозе тела матки
- карциноме шейки матки

В данной ситуации как дополнительное интраоперационное исследование используют

- срочную интраоперационую биопсию правых придатков
- интраоперационное УЗИ тела матки
- срочное интраоперационное рентгенологическое исследование
- срочную интраоперационую биопсию желудка

Срочное интраоперационное дополнительное исследование выполняют для верификации процесса и

- срочную интраоперационую биопсию правых придатков
- интраоперационное УЗИ тела матки
- срочное интраоперационное рентгенологическое исследование
- срочную интраоперационую биопсию желудка

Женщине выполняют удаление матки с придатками, оменэктомию, тотальную тазовую и поясничную лимфоденэктомию. На изображении 1 представлена микроскопическая картина

- серозной пограничной опухоли яичника
- эндометриоидной карциномы яичника
- серозной карциномы яичника high-grade
- серозной карциномы яичника low-grade

Данной пациентке выполнено

- радикальное вмешательство
- неправильно выбранное оперативное вмешательство, так как при данном заболевании следует выполнять удаление придатков с обеих сторон, и этим ограничиться
- неправильно выбранное оперативное вмешательство, так как при данном заболевании необходимо удалять матку с придатками, и этим ограничиться
- неправильно выбранное оперативное вмешательство, так как при данном заболевании необходимо удалять пораженные придатки, большой сальник, и этим ограничиться

При гистологическом исследовании выявлено, что стенка правого яичника интактна и не повреждена, маточные трубы не изменены, левый яичник обычного строения, в большом сальнике липогранулема. Стадия заболевания соответствует

- pT1a
- pT1c
- pT2a
- pT1b

Для подтверждения диагноза, при выполнении иммуногистохимического исследования, возможно использовать p53 и

- CD34
- WT1
- SMA
- CD30

Средний возраст пациенток с данной патологией составляет

- 62 года
- 5 лет
- 85 лет
- 20-30 лет

Серозная карцинома яичников high-grade

- не наблюдается при наличии мутации в гене _TP53_
- наблюдается при наличии мутации в гене _TP53_
- чаще поражает левый яичник
- является врожденной опухолью

Чаще всего у женщин с данной патологией наблюдается мутация в генах

- _RAD50, KRAS_
- _TP53, BRCA1, BRCA2_
- _PTEN, RAD50_
- _PTEN, BRCA1_

Факторами риска возникновения карциномы яичников считают ранний возраст менархе и

- асбест
- прием комбинированных оральных контрацептивов
- поздний возраст наступления менопаузы
- УФ-излучение

Появление карциномы молочной железы у данной пациентки связано с

- асбест
- прием комбинированных оральных контрацептивов
- поздний возраст наступления менопаузы
- УФ-излучение

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 47 лет обратилась на прием к врачу-онкологу.

Жалобы
на * тянущие боли в области малого таза, * рост объема живота.
Анамнез
Рак правой молочной железы cT4bN3M0, 4 курса адъювантной химиотерапии, включая препараты платины.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски, правая молочная железа хирургически удалена, послеоперационный рубец без особенностей, левая молочная железа без уплотнений. УЗИ органов брюшной полости: в просвете брюшной полости 1,5 л свободной жидкости, большой сальник с уплотнениями. УЗИ органов малого таза: левые придатки в виде единого образования с неровными стенками, 10х8х5 см; правые придатки и тело матки с опухолевыми узлами на поверхности серозной оболочки. При гинекологическом осмотре: слизистая оболочка влагалища бледная, блестящая, зев щелевидный, без особенностей.
Данная клиническая картина может наблюдаться при серозной карциноме маточной трубы, метастазе карциномы молочной железы в яичник и брюшину и

- асбест
- прием комбинированных оральных контрацептивов
- поздний возраст наступления менопаузы
- УФ-излучение

За 1 год до настоящего обращения была выполнена правосторонняя мастэктомия с подмышечной лимфодиссекцией. Микроскопическая картина образования молочной железы представлена на изображении 1. Данная микроскопическая картина соответствует

- инвазивной неспецифицированной карциноме молочной железы
- перстневидноклеточной карциноме
- дольковой карциноме
- нейроэндокринной карциноме

У представленной карциномы +_____+ степень дифференцировки

- GIII
- low-grade
- high-grade
- GII

Для высокодифференцированной неспецифицированной карциномы молочной железы (GI) по Ноттингемской классификации соответствуют суммы баллов (2{plus}2{plus}1) и

- (2{plus}2{plus}3)
- (2{plus}1{plus}1)

- (3{plus}2{plus}1)
- (2{plus}1{plus}3)

В инвазивной неспецифицированной карциноме молочной железы часто позитивны GATA3, Mammaglobin, GCDFP15 и

- (2{plus}2{plus}3)
- (2{plus}1{plus}1)
- (3{plus}2{plus}1)
- (2{plus}1{plus}3)

В настоящую госпитализацию была выполнена пангистерэктомия, оментэктомия. Микроскопическая картина образования яичника представлена на изображении 2. Было выполнено иммуногистохимическое исследование, результаты которого следующие: WT1, PAX8- позитивны в клетках опухоли, Mammaglobin, GATA3, GCDFP15- отрицательны в клетках опухоли, p53 позитивен в 95% клеток. Полученные данные характерны для

- серозной тубо-овариальной карциномы high-grade
- метастаза карциномы желудочно-кишечного тракта
- метастаза дольковой карциномы молочной железы
- метастаза неспецифицированной карциномы молочной железы

Оценку лечебного патоморфоза тубо-овариальных карцином проводят по системе

- Bohm
- Becker
- Mandard
- Miller-Payne

Оценку лечебного патоморфоза производят по метастазам в

- большом сальнике
- паховые лимфоузлы
- серозную оболочку толстой кишки
- парааортальные лимфоузлы

При оценке лечебного патоморфоза выделяют +____+ степени

- 5
- 4
- 3
- 2

У женщин с серозными карциномами яичников чаще всего наблюдается мутация в генах _TP53_ и

- _PTEN, RAD50_
- _PTEN, BRCA1_
- _RAD50, KRAS_
- _BRCA1, BRCA2_

Наиболее важными факторами риска возникновения карциномы яичников являются ранний возраст менархе и

- асбест
- применение комбинированных оральных контрацептивов
- УФ-излучение
- поздний возраст наступления менопаузы

Появление серозной тубо-овариальной карциномы у данной пациентки связано с

- асбест
- применение комбинированных оральных контрацептивов
- УФ-излучение
- поздний возраст наступления менопаузы

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 70 лет обратился на прием к урологу.
Жалобы
на * тянущие боли в левой половине мошонки, * увеличение размеров мошонки.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски, в левом яичке пальпируется болезненный узел. УЗИ мошонки: в левом яичке определяется узловое однородное солидное образование 3 см в наибольшем измерении. КТ органов брюшной полости: парааортальные лимфоузлы не увеличены.
Данная клиническая картина может наблюдаться при герминогенной опухоли левого яичка и

- метастазе опухоли легкого в яичко
- карциноме мочевого пузыря
- карциноме предстательной железы
- лимфоме левого яичка

Была выполнена орхифуникулэктомия. При макроскопическом исследовании операционного материала, в первую очередь необходимо

- взять край резекции семенного канатика
- оценить инвазию опухоли в оболочки яичка

- картировать опухолевый узел
- описать цвет и консистенцию опухолевого узла

Биопсии ткани яичка чаще всего выполняют

- для диагностики опухолей полового тяжа
- для диагностики герминогенных опухолей
- для диагностики орхита
- при бесплодии

В пожилом возрасте чаще всего встречаются

- для диагностики опухолей полового тяжа
- для диагностики герминогенных опухолей
- для диагностики орхита
- при бесплодии

Микроскопическое строение опухоли яичка данного пациента, представленное на изображении 1, является

- спермацитарной опухолью
- опухолью из клеток Лейдига
- эмбриональной карциномой
- препубертатной тератомой

Для того чтобы подтвердить диагноз, рекомендуется выполнить

- генетическое исследование
- FISH
- иммуногистохимическое исследование
- SISH

При выполнении иммуногистохимического исследования необходимо использовать SALL4, OCT3/4 и

- WT1
- PAX8
- CD-117
- CD45

В заключении обязательно следует указать

- количество митозов
- наличие или отсутствие ороговения
- наличие или отсутствие лимфо-васкулярной инвазии
- наличие или отсутствие кальцинатов

Данная опухоль

- является врожденной
- чаще поражает левое яичко
- является редкой герминогенной опухолью
- ассоциирована с курением

Эта опухоль метастазирует

- часто в головной мозг
- часто в легкие
- редко
- часто в кости черепа

Для достоверной установки стадии заболевания необходимо учесть

- размер метастаза
- уровни опухолевых маркеров сыворотки крови
- количество курсов химиотерапии
- количество митозов на 10 полей зрения микроскопа

Средний возраст пациентов с данной патологией составляет +_____+ лет

- размер метастаза
- уровни опухолевых маркеров сыворотки крови
- количество курсов химиотерапии
- количество митозов на 10 полей зрения микроскопа

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина обратилась к педиатру, с сыном 6 лет.
Жалобы ребенка
на * тянущие боли в мошонке, * увеличение размеров мошонки.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски, левое яичке увеличено. УЗИ мошонки: в левом яичке определяется узловое неоднородное солидное образование 5 см в наибольшем измерении, с множественными кистами. КТ органов брюшной полости: парааортальные лимфоузлы не увеличены.
Данная клиническая картина может наблюдаться при

- лимфоме левого яичка
- опухоли Вильмса
- метастазе опухоли легкого в левое яичко
- герминогенной опухоли левого яичка

Была выполнена орхифуникулэктомия слева. При макроскопическом исследовании операционного материала, в первую очередь необходимо

- описать цвет и консистенцию опухолевого узла
- взять край резекции семенного канатика
- оценить инвазию опухоли в оболочки яичка
- картировать опухолевый узел

При вырезке материала

- необходимо взять для исследования не более трех фрагментов опухоли
- нет необходимости в исследовании фрагментов опухоли с нормальной тканью яичка
- необходимо ограничиться взятием материала на 8 кассет
- необходимо исследовать каждый квадратный сантиметр опухоли

Самой частой герминогенной опухолью яичек у детей является

- необходимо взять для исследования не более трех фрагментов опухоли
- нет необходимости в исследовании фрагментов опухоли с нормальной тканью яичка
- необходимо ограничиться взятием материала на 8 кассет
- необходимо исследовать каждый квадратный сантиметр опухоли

На изображении 1 представлена гистологическая картина

- опухоли из клеток Лейдига
- диффузной крупноклеточной В-клеточной лимфомы
- опухоли желточного мешка, препубертатного типа
- семиномы

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить

- иммуногистохимическое исследование
- SISH
- генетическое исследование
- FISH

При выполнении иммуногистохимического исследования используют SALL4, OCT3/4 и

- CD30
- CD45
- AFP
- CD3

В заключении необходимо указать наличие или отсутствие лимфо-васкулярной инвазии и

- наличие или отсутствие ороговения
- количество митозов
- наличие или отсутствие опухоли в крае резекции семенного канатика
- клеточность фиброза

Препубертатная эмбриональная карцинома

- является самой частой герминогенной опухолью
- является врожденной опухолью
- не ассоциирована с герминогенной неоплазией in situ
- чаще поражает левое яичко

Герминогенные опухоли чаще всего метастазируют в легкие, головной мозг и

- мягкие ткани паховой области
- кости черепа
- кожу мошонки
- забрюшинные лимфоузлы

Для достоверной установки стадии заболевания необходимо указать

- количество митозов на 10 полей зрения микроскопа
- уровни опухолевых маркеров сыворотки крови
- количество курсов химиотерапии
- размер метастаза

Чаще всего препубертатная опухоль желточного мешка встречается

- количество митозов на 10 полей зрения микроскопа
- уровни опухолевых маркеров сыворотки крови
- количество курсов химиотерапии
- размер метастаза

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 35 лет обратился на прием к урологу.
Жалобы
на * боль в правой половине мошонки, * увеличение размеров мошонки.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски, в правом яичке пальпируется болезненный узел. УЗИ мошонки: в правом яичке определяется узловое неоднородное солидное образование 6 см в наибольшем измерении, с фокусами некрозов. КТ органов брюшной полости: парааортальные лимфоузлы увеличены до 6 см.

Данная клиническая картина может наблюдаться при герминогенной опухоли правого яичка и

- варикоцеле
- лимфоме яичка
- карциноме предстательной железы
- метастазе опухоли толстой кишки в яичко

Была выполнена орхифуникулэктомия. При макроскопическом исследовании операционного материала, в первую очередь необходимо

- взять край резекции семенного канатика
- описать цвет и консистенцию опухолевого узла
- картировать опухолевый узел
- оценить инвазию опухоли в оболочки яичка

При вырезке материала необходимо

- исследовать каждый квадратный сантиметр опухоли
- взять для исследования 10 фрагментов нормальной ткани яичка
- взять для исследования не более трех фрагментов опухоли
- ограничить вырезку взятием материала на 8 кассет

Самыми частыми опухолями яичек у молодых мужчин являются опухоли

- исследовать каждый квадратный сантиметр опухоли
- взять для исследования 10 фрагментов нормальной ткани яичка
- взять для исследования не более трех фрагментов опухоли
- ограничить вырезку взятием материала на 8 кассет

На изображении 1 представлена гистологическая картина

- опухоли из клеток Лейдига
- диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфомы
- эмбриональной карциномы
- семиномы

Для подтверждения диагноза необходимо выполнить

- генетическое исследование
- иммуногистохимическое исследование
- SISH
- FISH

При выполнении иммуногистохимического исследования для подтверждения диагноза используют SALL4, OCT3/4, CD30 и

- D2-40

- CD3
- CD45
- PAX8

В заключении обязательно следует указать наличие или отсутствие лимфо-васкулярной инвазии и

- количество митозов
- размер кальцинатов
- наличие или отсутствие ороговения
- процентное соотношение разных типов опухоли при смешанной форме

Опухоль у данного пациента

- асоциирована с крипторхизмом
- чаще поражает левое яичко
- ассоциирована с курением
- наблюдается только до 20 лет

К герминогенным опухолям, которые не ассоциированы с герминогенной неоплазией in situ относят препубертатную опухоль желточного мешка и

- семиному
- эмбриональную карциному
- хорионкарциному
- препубертатную тератому

Для достоверной установки стадии заболевания необходимы данные уровней маркеров, таких как АФП, ХГЧ и

- СРБ
- PSA
- CA-125
- ЛДГ

Средний возраст пациентов с данной патологией составляет +_____+ лет

- СРБ
- PSA
- CA-125
- ЛДГ

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 25 лет обратился на прием к урологу.

Жалобы
на * боль в левой половине мошонки, * увеличение размеров мошонки.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное, кожные покровы чистые, обычной окраски, в левом яичке пальпируется болезненный узел. УЗИ мошонки: в левом яичке определяется узловое однородное солидное образование 4 см в наибольшем измерении. КТ органов брюшной полости: парааортальные лимфоузлы не увеличены.
Данная клиническая картина может наблюдаться при лимфоме левого яичка и

- герминогенной опухоли левого яичка
- метастазе опухоли легкого в яичко
- карциноме предстательной железы
- варикоцеле

Была выполнена орхифуникулэктомия. При макроскопическом исследовании операционного материала, в первую очередь необходимо

- картировать опухолевый узел
- оценить инвазию опухоли в оболочки яичка
- взять край резекции семенного канатика
- описать цвет и консистенцию опухолевого узла

При взятии материала для гистологического исследования

- необходимо взять для исследования не более трех фрагментов опухоли
- не брать фрагменты опухоли с нормальной тканью яичка
- необходимо исследовать каждый квадратный сантиметр опухоли
- ограничить вырезку взятием материала на 8 кассет

Самыми частыми опухолями яичек у молодых мужчин являются опухоли

- необходимо взять для исследования не более трех фрагментов опухоли
- не брать фрагменты опухоли с нормальной тканью яичка
- необходимо исследовать каждый квадратный сантиметр опухоли
- ограничить вырезку взятием материала на 8 кассет

На изображении 1 представлена гистологическая картина опухоли данного пациента. Гистологическое строение соответствует

- диффузной В-клеточной крупноклеточной лимфоме
- опухоли из клеток Лейдига
- спермацитарной опухоли
- семиноме

Для подтверждения диагноза рекомендуется выполнить

- SISH
- FISH
- иммуногистохимическое исследование
- генетическое исследование

При выполнении иммуногистохимического исследования используют SALL4, OCT3/4 и

- CK7
- CD45
- PAX8
- D2-40

В заключении необходимо указать процентное соотношение разных типов опухоли при смешанной форме и

- наличие или отсутствие ороговения
- количество митозов
- размер кальцинатов
- наличие или отсутствие лимфо-васкулярной инвазии

Опухоль, представленная на изображении в задании №5,

- ассоциирована с курением
- чаще поражает левое яичко
- относится к самым частым герминогенным опухолям
- является врожденной

Семинома чаще всего метастазирует в забрюшинные лимфоузлы, легкие и

- кости черепа
- головной мозг
- мягкие ткани паховой области
- кожу мошонки

Для достоверной установки стадии заболевания необходимы данные

- о количестве митозов на 10 полей зрения микроскопа
- об уровнях опухолевых маркеров сыворотки крови
- о размере метастаза
- о количестве курсов химиотерапии

Средний возраст пациентов с семиномой составляет +_____+ лет

- о количестве митозов на 10 полей зрения микроскопа
- об уровнях опухолевых маркеров сыворотки крови
- о размере метастаза
- о количестве курсов химиотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В патологоанатомическое отделение на исследование поступил труп женщины 65 лет, проходившей лечение в кардиологическом центре с 30 мая по 11 июня.
Клинические данные
* Жалобы при поступлении: одышка при незначительной физической нагрузке и в покое, отеки нижних конечностей, приступы сердцебиения, слабость, быстрая утомляемость * Ревматизм с 10 лет, после перенесенных частых ангин в виде узловатой эритемы, суставного синдрома (полиартралгии). Получала бициллинопрофилактику. Наблюдалась у ревматолога. Постоянная форма ФП с 2010 года. Артериальное давление: максимально 170/90 мм рт. ст., привычно 130/80 мм рт. ст. Непереносимые препараты: аспирин. * 06.06.2017 выполнена операция - протезирование митрального клапана механическим протезом On-X № 27/29 с сохранением подклапанных структур задней митральной створки, с ушиванием ушка левого предсердия изнутри; пластика трикуспидального клапана по de Vega, в условиях ИК (152 мин), времени пережатия аорты (57 мин), гипотермии (до 28 градусов) и ФХКП (кустодиол). 09.06.2017 Постановка ВАБК. * Послеоперационный период осложненный * Сердечная недостаточность, полиорганная недостаточность. 07.06.2017 экстубирована, переведена в отделение. В течение суток на фоне тахисистолического варианта фибрилляции предсердий у больной постепенно прогрессировала сердечная недостаточность, в связи с чем была переведена в ОРИТ. По данным ЭхоКГ ФВ 34% с гипокинезом верхушки и средних сегментов, в крови - компенсированный лактатацидоз, в связи, с чем была интубирована. С 08.06.2017 прогрессирование сердечной недостаточности с увеличением доз катехоламинов, присоединилась дыхательная недостаточность. 09.06.2017 в связи с нарастанием сердечной недостаточности и слабым ответом на проводимую терапию выполнена коронарография и постановка ВАБК, постановка катетера Сван-Ганц. Несмотря на проводимое лечение 11.06.2017 развилась асистолия, проведены реанимационные мероприятия, без положительной динамики в течение 40 минут. В 6 часов 10 минут 11.06.2017 констатирована смерть пациентки.
Данные патологоанатомического исследования
На вскрытии выявлены: микро-, макронодулярный цирроз печени, жировая дистрофия гепатоцитов преимущественно в ложных дольках. Множественные субсерозные лейомиомы матки. Интерстициальный фиброз, липоматоз поджелудочной железы. Фиброэластоз эндокарда левого предсердия. Мелкоочаговые ишемические и контрактурные повреждения, крупно- и среднекапельная крупноочаговая сливная жировая дистрофия миокарда желудочков. Фибринозный перикардит. Множественные кровоизлияния в перикард. Субэндокардиальное кровоизлияние в правом предсердии по линии послеоперационного разреза. Бурая индурация легких, двусторонний гидроторакс (200 мл справа, 400 мл слева). РДСВ, множественные гиалиновые мембраны и массы фибрина в просвете альвеол. Двусторонняя ацинарная

нижнедолевая бронхопневмония. Отек легких. Цианотическая индурация селезенки.

Патологоанатомическое вскрытие тела умершего в данном случае осуществляется

- лаборантом
- врачом-патологоанатомом
- санитаром
- лечащим врачом

Направление тела умершей на патологоанатомическое исследование осуществляется после констатации

- клинической смерти
- смерти мозга
- асистолии по данным ЭКГ
- биологической смерти

Перед началом патологоанатомического вскрытия необходимо

- заполнение медицинского свидетельства о смерти
- составление предварительного патологоанатомического диагноза на основе клинических данных
- приведение тела умершего в достойный вид
- изучение медицинской карты стационарного больного

Обязательным методом исследования при патологоанатомическом вскрытии является

- электрофизиологический
- биологический
- генетический
- гистологический

Гистологические препараты и биологические материалы в парафиновых блоках после проведения патологоанатомического исследования хранятся в течение +___+ лет

- 3-х
- 5-ти
- 4-х
- 2-х

Масса сердца 500 г, толщины стенки левого желудочка 20 мм, правого - 7 мм, межжелудочковой перегородки 17 мм - может быть следствием

- 3-х
- 5-ти

- 4-х
- 2-х

Изображение 1

На гистологическом препарате (изображение 1) представлена печень (окраска гематоксилином и эозином, увеличение 20) с морфологическими признаками

- амилоидоза
- гепатита
- полнокровия
- цирроза

«Митральный клапан: створки фиброзно изменены, спаяны по комиссурам, подклапанные структуры утолщены, укорочены», при наличии данного макроскопического описания следует заподозрить

- амилоидоза
- гепатита
- полнокровия
- цирроза

Изображение 2

На гистологическом препарате (изображение 2) представлен миокард (окраска гематоксилином и эозином, увеличение 20) с морфологическими признаками

- жировой дистрофии
- интерстициального фиброза
- отека миокарда
- гипертрофии кардиомиоцитов

Обнаружение неравномерного утолщения стенки аорты с умеренным количество на отдельных участках бляшек каменистой плотности, режущихся с хрустом, свидетельствует о развитии стадии

- липоидоза
- липосклероза
- атероматоза
- атерокальциноза

Основным механизмом развития этого процесса в условиях гипоксемии является

- разрушение липопротеидных мембран кардиомиоцитов
- синтез триглицеридов в кардиомиоцитах

- нарушение углеводного метаболизма в миокарде
- инфильтрация клеток миокарда триглицеридами

Данное вскрытие следует отнести к +____+ категории сложности

- разрушение липопротеидных мембран кардиомиоцитов
- синтез триглицеридов в кардиомиоцитах
- нарушение углеводного метаболизма в миокарде
- инфильтрация клеток миокарда триглицеридами

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В патологоанатомическое отделение на исследование поступили операционный материал (аортальный и митральный клапаны, механические протезы аортального и митрального клапанов) и труп мужчины 60 лет, проходившего лечение в кардиологическом центре с 30 мая по 1 июля.
Клинические данные
* Жалобы при поступлении:боли в грудной клетке колющие; локализуются за грудиной; иррадируют под левую лопатку; возникают при эмоциональных нагрузках, при физической нагрузке1000 м; сопровождаются нехваткой воздуха, слабостью; купируются самостоятельно через 5 мин. Артериальное давление понижается периодически. Нарушения ритма сердца: перебои в работе сердца часто при нагрузке в покое, без видимых причин. * Считает себя больным 1 год.13.06.17 поступил на оперативное лечение порока с диагнозом: ИБС: начальные изменения коронарных артерий. Комбинированный митрально-аортальный порок: недостаточность аортального клапана 2ст., умеренный стеноз и недостаточность митрального клапана 3ст. Умеренная легочная гипертензия. Нарушение ритма сердца: персистирующая форма ФП. Пароксизм неизвестной давности. * 14.06.17 г. выполнена операция - протезирование митрального клапана механическим протезом Карбоникс № 28 с сохранением подклапанных структур задней митральной створки; протезирование аортального клапана механическим протезом Карбоникс №24 супрааннулярно; пластика трикуспидального клапана по deVega, в условиях ИК (195 мин), гипотермии и ФХКП, время пережатия аорты (139 мин). * 23.06.17 операция - репротезирование митрального клапана механическим протезом карбоникс № 28 с санацией фиброзного кольца; репротезирование аортального клапана механическим протезом карбоникс № 24 супрааннулярно с санацией фиброзного кольца; пластика трикуспидального клапана по deVega, в условиях ИК (298 минут), гипотермии и ФХКП (кустодиол), время пережатия аорты 208 минут. * 26.06.17 операция - диагностическая верхне-срединная лапаротомия, устранение заворота сигмовидной кишки. * 28.06.17 операция- ревизия средостения, полости перикарда и сердца, установка промывной системы. * В раннем послеоперационном периоде отмечалась картина сердечной недостаточности, в связи, с чем пациент переведен в отделение ОРИТ на 3-и

сутки. На 7-е сутки после операции в ночное время был отмечен подъем температуры тела до 38,2°С. По результатам микробиологического исследования (от 21.06.17 - Pseudomonasaeruginosa) проведена коррекция антибактериальной терапии. Несмотря на проводимое лечение, наблюдается нарастание сердечно-дыхательной недостаточности. 22.06.2017 было проведено ЧПЭхоКГ, учитывая полученные данные исследования, неэффективность консервативной терапии, было решено провести репротезирование митрального и аортального клапанов. 23.06.17 выполнена операция - репротезирование митрального и аортального клапанов, пластика трикуспидального клапана. Ранний послеоперационный период протекал с положительной динамикой. 25.06.2017 состояние средней тяжести. Экстубирован по показаниям в 12.30, через 3 минуты после экстубации у пациента произошла внезапная потеря сознания. отмечалась гипотония до 40/20 мм рт. ст. Начаты реанимационные мероприятия. Гемодинамика восстановлена в течение 1,5 минут. При пробуждении - в сознании, спокоен. Пациенту установлен эндокардиальный электрод. В связи с нарастанием клиники острой кишечной непроходимости 26.06.17 проведена диагностическая лапаротомия. 28.06.17 отмечается поступление мутного, серозного отделяемого по средостенному дренажу. Выполнена операция - ревизия средостения, полости перикарда и сердца. 01.07.17 состояние пациента терминальное, в крови - метаболический ацидоз, гиперкалиемия, гипогликемия, лактатемия, состояние агональное. В 20:05 начаты реанимационные мероприятия в полном объеме, в течение 30 минут без эффекта. В 20:35 констатирована биологическая смерть пациента.

Данные патологоанатомического исследования

Описание биопсии: + №1 Описание макропрепарата: фрагменты створок АВ клапана утолщены, деформированы, серого цвета. И 3 заслонки АК утолщены, деформированы, местами каменистой плотности + Описание микропрепаратов: в створках и заслонках клапанов очаговый миксоматоз, фиброз и гиалиноз. + №2 Описание макропрепаратов: 2 двустворчатых мех протеза, первый - диаметр внутренний 23 мм, второй -19 мм, на протезе большего диаметра в области кольца серо-бурые крошащиеся массы. + Описание микропрепаратов и диагноз: Тромб смешанного строения, преимущественно фибриново-лейкоцитарный. + На вскрытии выявлены: фибринозный перикардит (“волосатое” сердце), гипертрофия миокарда желудочков (вес сердца 700 гр, толщина стенки левого желудочка 20 мм, правого 8 мм), очаговый фиброэластоз эндокарда правого предсердия. Атеросклероз аорты (II стадия, II степень), атеросклероз коронарных сосудов (II стадия, I степень). жировая дистрофия отдельных кардиомиоцитов, Мелкоочаговые контрактурные и ишемические повреждения миокарда, субэпикардиальные некрозы миокарда правого желудочка, мелкоочаговые инфаркты миокарда задней стенки левого желудочка, пристеночный тромб в полости левого желудочка. Атеро- и артериосклеротический нефросклероз, нефротический синдром. Продуктивный энтерит, множественные кровоизлияния в стенку кишки. Медиастинит. Двусторонний гидроторакс (700 мл слева, 300 мл справа), краевая эмфизема, РДСВ, множественные гиалиновые мембраны и фибрин в просвете альвеол, мелкоочаговая двусторонняя бронхопневмония, макрофагальная пневмония,

гнойный бронхит, геморрагический отек легких. Атрофия лимфатического аппарата и слабовыраженный миелоз красной пульпы селезенки. Отек и набухание вещества головного мозга, периваскулярные кровоизлияния в вещество головного мозга. Центролобулярные некрозы печени разной давности. Очаговые некрозы коркового и мозгового вещества надпочечников.

При удалении фрагмента ткани во время операции необходимо отправить его в/на

- утилизацию
- патологоанатомическое отделение
- микробиологическое исследование
- отделение гематологии

Гистологические препараты и биологические материалы в парафиновых блоках после операции хранятся в течение
+_____+ лет

- 15-ти
- срока хранения медицинской документации пациента
- 25-ти
- 5-ти

Целью патологоанатомического вскрытия является

- 15-ти
- срока хранения медицинской документации пациента
- 25-ти
- 5-ти

Изображение 1

На гистологическом препарате (изображение 1) представлены легкие (окраска гематоксилином и эозином, увеличение 20) с морфологическими признаками

- 15-ти
- срока хранения медицинской документации пациента
- 25-ти
- 5-ти

Изображение 2

На гистологическом препарате (изображение 2) представлена печень (окраска гематоксилином и эозином, увеличение 20) с морфологическими признаками

- 15-ти
- срока хранения медицинской документации пациента

- 25-ти
- 5-ти

Изображение 3

На гистологическом препарате (изображение 3) представлен миокард (окраска гематоксилином и эозином, увеличение 20) с морфологическими признаками

- мелкоочагового инфаркта миокарда, фибринозного перикардита
- интерстициального фиброза миокарда, фибринозного перикардита
- гипертрофии кардиомиоцитов, фиброза перикарда
- феномена «дизерей», фибринозного перикардита

Для верификации изменений интерстициальной ткани следует применить окраску

- по Футу
- по Вейгерту
- по Ван Гизону
- гематоксилином Гейденгайна

При отсутствии красителя _oilredO_ для выявления липидов можно применить окраску

- пикрофуксином
- толуидиновым синим
- кармином
- суданами III и IV

Наиболее вероятной причиной смерти пациента является

- полиорганная недостаточность
- сердечно-легочная недостаточность
- печеночная недостаточность
- надпочечниковая недостаточность

Пусковым фактором танатогенеза в данном случае может быть

- послеоперационная сердечная недостаточность
- развитие застойной пневмонии
- развитие синдрома диссеминированного сосудистого свертывания
- развитие раннего протезного эндокардита

Данное вскрытие следует отнести к +__+ категории сложности

- 5
- 2

- 3
- 4

Исследования биопсии после репротезирования следует отнести к +__+ категории сложности

- 5
- 2
- 3
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В патологоанатомическое отделение поступил труп мужчины 73 лет.
Клинические данные
Анамнез заболевания: больной периодически отмечал тянущие боли в эпигастрии, к врачу не обращался. За несколько часов перед госпитализацией приступ боли продолжался несколько часов, боль усиливалась. Когда боль стала острой режуще-колющей, больной вызвал бригаду скорой медицинской помощи, был госпитализирован в больницу скорой медицинской помощи. В приемном отделении произошла рвота с примесью крови. По тяжести состояния диагностические процедуры, (кроме анализа крови) выполнить не удалось. Больной потерял сознание, реанимационные мероприятия спеха не имели, констатирована биологическая смерть. *Общеклинический анализ крови:* эритроциты - 2,5х10^12^/л, гемоглобин - 72 г/л, лейкоциты - 19,6х10^9^/л, тромбоциты - 140х10^9^/л.
Данные патологоанатомического исследования
Кожные покровы и видимые слизистые оболочки бледные. + В нижней трети пищевода, желудке, луковице двенадцатиперстной кишки - свертки крови бурого цвета, желеобразной консистенции. Слизистая оболочка желудка ярко-розового цвета. В желудке по малой кривизне имеется дефект овальной формы размерами 4,2х3,7 см, дно дефекта покрыто мягкими массами бурого цвета с участками черного цвета, подрытый край дефекта обращен к кардии, пологий – к привратнику.
Перед началом проведения патолого-анатомического вскрытия врачу-патологоанатому следует

- внести регистрационную запись в "Журнал регистрации поступления и выдачи тел умерших"(форма №015/у)
- внести регистрационную запись в "Алфавитный журнал регистрационного материала"
- изучить медицинскую документацию, представленную для проведения патолого-анатомического вскрытия
- проверить полноту и качество оформления направления тела умершего на патологоанатомическое вскрытие

Методом, которым следует извлекать органы во время патологоанатомического вскрытия, является метод

- Лютеля
- Киари-Мареша
- Абрикосова
- Шора

Во время патологоанатомического вскрытия изучение органов и тканей начинается с

- черепа и придаточных пазух носа
- головного мозга, его оболочек
- трахеи, бронхов и легких
- костей и мягких тканей

Количество тканевых образцов, которое следует помещать в одну кассету для проводки, соответствует

- 1-му
- 3-м
- 4-м
- 2-м

Для определения колонизации _Helicobacter pylory_ в слизистой оболочке желудка следует использовать окраску

- 1-му
- 3-м
- 4-м
- 2-м

Дополнительная информация
При гистологическом исследовании дефекта слизистой оболочки желудка выявлено: дно дефекта проникает в мышечный слой, за которым следует рубцовая ткань, покрытая грануляционной тканью и слоем фибриноидного некроза с примесью соляно-кислого гематина. В дне дефекта также определяются аррозированный сосуд.
Картина обнаруженного в желудке дефекта соответствует

- 1-му
- 3-м
- 4-м
- 2-м

Изображение 1

Представленная на изображении 1 морфологическая картина в желудке соответствует хроническому +_____+ гастриту

- 1-му
- 3-м
- 4-м
- 2-м

Изображение 2

Колонизацию _Helicobacter pylory_ в представленном микропрепарате (изображение 2) следует оценить как

- сильную
- слабую
- отсутствующую
- среднюю

Язва желудка является заболеванием

- основным
- осложнением
- фоновым
- сопутствующим

Осложнением язвы желудка, приведшим к смерти, является

- перфорация
- кровотечение
- пенетрация
- малигнизация

Причиной кровотечения из язвы является

- повышение проницаемости стенки сосуда
- разрыв стенки сосуда
- воспаление стенки сосуда
- аррозия стенки сосуда

Категорией сложности, к которой относится представленное патологоанатомическое вскрытие, является

- повышение проницаемости стенки сосуда
- разрыв стенки сосуда
- воспаление стенки сосуда
- аррозия стенки сосуда

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В патологоанатомическое отделение, на исследование поступил труп мужчины 69 лет, проходившего лечение в кардиологическом центре с 23 июня по 16 июля.
Клинические данные
* Жалобы при поступлении: повышение артериального давления до 220/110 мм рт. ст., адаптирован к 130/75 мм рт. ст.; ощущение перебоев в работе сердца; отеки нижних конечностей, возникающие и нарастающие ближе к вечеру; общая слабость. * С 2001 года страдает гипертонической болезнью. За медицинской помощью обратился в 2004 г. - назначена антигипертензивная терапия с хорошим клиническим эффектом. В феврале 2011 года появились болевые ощущения в области живота. Хирургическая патология исключена. При УЗИ органов брюшной полости выявлена аневризма левой общей подвздошной артерии с признаками расслоения. Выполнена операция: резекция аневризмы; аорто-подвздошное протезирование. По данным УЗ-исследования сердца от 2017 г. выявлена аневризма восходящего отдела аорты с признаками расслоения. В 2019 г. по данным Эхо-КГ - недостаточность МК на фоне отрыва хорд от ЗМС. Вакцинация от COVID-19: 03.03.2021 г. и 24.03.2021 гг. 23.06.2021 г. госпитализирован для выполнения операции протезирования митрального и аортального клапанов. * При поступлении: общее состояние средней тяжести, обусловлено основным заболеванием. 29.06.2021 г. выполнена операция: протезирование аортального и митрального клапанов механическими протезами, в условиях ИК, гипотермии и ФХКП. Ранний послеоперационный период - без осложнений. Перикардиальный выпот: за ЗБЛЖ 9-10 мм (нити фибрина), перед правыми отделами - 8 мм. Сепарация в плевральных полостях: слева - до 5 см, справа - 7 см. В ночь с 05.07. на 06.07. зарегистрирован собственный узловой ритм с частотой 40 уд/мин. Проведена установка временного однокамерного ЭКС. По данным эхо-КГ от 07.07.2021 г. перикардиальный выпот: за ЗБЛЖ 17-19 мм (нити фибрина, сгустки?), перед правыми отделами - 8 мм, за верхушкой ЛЖ - 3 мм. По результатам эхо-КГ от 08.07.2021 г. отмечается нарастание признаков перикардита: сепарация перед правыми отделами - 2-2,5 см, за верхушкой ЛЖ - 1-1,5. 08.07.2021 г. пациенту произведена пункция полости перикарда, эвакуировано 150 мл гемолизированной крови. В 00.10 вызов дежурных врачей в палату в связи с низкими цифрами АД, выраженным холодным потом и одышкой. Из полости перикарда было удалено 70 мл жидкости. В 9:00 по данным ультразвукового исследования, отмечается сепарация в плевральных полостях: слева - 5,4 см, справа - до 7 см. Перикардиальный выпот: сепарация листков перикарда: за ЗБЛЖ 18 мм, перед ПЖ 13-16 мм (множественные нити фибрина). Произведена пункция плевральной полости: слева эвакуировано 1000 серозно-геморрагической жидкости, справа - около 1200 серозно-геморрагической жидкости. Во время проведения процедуры плевральной пункции (в 14:10), пациент перестал реагировать на обращенную речь и внешние раздражители.

Сознание оглушенное. Фотореакция зрачков на свет отсутствует. По данным контрольного ЭхоКГ сохраняется жидкость в перикарде. Положительный посев на золотистый стафилококк от 10.07.2021. 12.07.21 пациент взят на ревизию послеоперационной раны. В последующем отмечаются признаки полиорганной недостаточности. По данным контрольных ЭхоКГ без признаков дисфункции протезов и жидкостей в перикарде. Пациенту выполнено повторное КТ головного мозга от 14.07.2021: множественные инфаркты головного мозга с обеих сторон с признаками геморрагического пропитывания; вклинения головного мозга в БЗО. Продолжена антибактериальная терапия. В 23:15 на фоне рефрактерной артериальной гипотензии развилась остановка кровообращения. Реанимационные мероприятия в полном объеме не привели к восстановлению сердечной деятельности. В 23: 45 констатирована смерть пациента.

Данные патологоанатомического исследования

На вскрытии выявлены: гипертрофия миокарда (вес сердца – 850 гр, толщина стенки ЛЖ – 19 мм, правого – 8 мм). Фиброэластоз эндокарда предсердий. Интерстициальный фиброз миокарда желудочков. Недостаточность трикуспидального клапана (d=38 мм, при норме – 29,1 мм) и клапана легочной артерии (d=30 мм, при норме – 18 мм). Фибринозный перикардит. Парапротезная фистула аортального клапана (5 мм). Протезный тромбэндокардит митрального клапана с распространением воспалительного процесса на миокард. Очаговый миокардит левого желудочка. Инфаркты миокарда в межжелудочковой перегородке, левом желудочке. Инфаркт и миокардит правого предсердия. Инфаркт мозга (оба полушария, мозжечок), лейкомаляция. Тромбоз артерий мягкой мозговой оболочки. Очаговый энцефалит. Инфаркты почек, селезёнки. Нефротический синдром. Пролиферация эпителия канальцев почки. Склероз мозгового вещества почки. Очаговый интерстициальный нефрит. Очаговые некрозы надпочечников. Очаговый панкреонекроз. Центролобулярные некрозы печени. Гидроторакс (по 300 мл с каждой стороны). Ателектаз легких. Отек легких. Очаговая макрофагальная двусторонняя пневмония. Очаговый пневмосклероз.

Патолого-анатомическое вскрытие тела умершего в данном случае осуществляется

- судебно-медицинским экспертом
- лечащим врачом
- лаборантом
- врачом-патологоанатомом

Патологоанатомическое исследование тела умершего, как правило, начинают с

- разрезания и отделения покровов тела со вскрытием брюшной полости
- наружного осмотра тела
- вскрытия полости черепа и извлечения головного мозга
- вскрытия придаточных полостей черепа

Целью патолого-анатомического вскрытия является

- получение данных о причине смерти
- получение данных о сопутствующих заболеваниях
- исследование внутренних органов
- заполнение медицинского свидетельства о смерти

Обязательным методом исследования при патолого-анатомическом вскрытии является

- электрофизиологический
- биологический
- генетический
- гистологический

Масса сердца 850 гр, толщина стенки ЛЖ – 19 мм, правого – 8 мм, может быть следствием

- электрофизиологический
- биологический
- генетический
- гистологический

Изображение 1

На гистологическом препарате представлен миокард (изображение 1; окраска гематоксилином и эозином, увеличение 20) с морфологическими признаками

- миокардита
- гипертрофии кардиомиоцитов
- отека миокарда
- интерстициального фиброза

Гистологические препараты и биологические материалы в парафиновых блоках после операции хранятся в течение

- миокардита
- гипертрофии кардиомиоцитов
- отека миокарда
- интерстициального фиброза

Изображение 2

На изображении 2 представлен макропрепарат головного мозга с морфологическими признаками

- миокардита

- гипертрофии кардиомиоцитов
- отека миокарда
- интерстициального фиброза

Изображение 3

На изображение 3 представлен макропрепарат селезенки с морфологическими признаками

- миокардита
- гипертрофии кардиомиоцитов
- отека миокарда
- интерстициального фиброза

Изображение 4

На гистологическом препарате представлена печень (изображение 4; окраска гематоксилином и эозином, увеличение 20) с морфологическими признаками

- центролобулярных некрозов
- мускатного цирроза
- хронического гепатита
- острого гепатита

Наиболее вероятной причиной смерти пациента является
+_____+ недостаточность

- полиорганная
- надпочечниковая
- печеночная
- сердечно-легочная

Данное вскрытие следует отнести к +_____+ категории сложности

- полиорганная
- надпочечниковая
- печеночная
- сердечно-легочная

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В патологоанатомическое отделение поступил труп женщины 68 лет.
Клинические данные
* Больная госпитализирована скорой медицинской помощью в стационар с

диагнозом: ** ИБС, острый коронарный синдром с подъёмом сегмента ST передней локализации. ** При коронароангиографии выявлены гемодинамически значимые сужения коронарных артерий, наиболее значимый из которых – сужение передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии - 90%. ** Во время коронароангиографии выполнено стентирование передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии с дальнейшим плановым лечением. Состояние после стентирования – удовлетворительное, пациентка жалоб не предъявляет. Частота дыхательных движений – 16 в мин, артериальное давление 115/70 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 78 уд. в мин., ритм синусовый, правильный. * На 12 сутки после стентирования пациентка обнаружена в уборной без сознания и самостоятельного дыхания, кожные покровы на ощупь - холодные, мраморные, пульсации на крупных сосудах нет. Отсутствие любых реакций на внешние раздражители, атония всех мышц, фиксированный мидриаз, отсутствие корнеального и кашлевого рефлексов.

Данные патологоанатомического исследования

Разрыв миокарда в области верхушки левого желудочка диаметром 10 мм. Гемоперикард (650 мл жидкой крови и свёртков в полости перикарда). Отёк лёгких. Отёк головного мозга. Атеросклероз коронарных артерий с сужением просвета огибающей ветви левой коронарной артерии – 70%, сужением устья правой коронарной артерии – 70%, стент в передней межжелудочковой ветви левой коронарной артерии проходим. Крупноочаговый организующийся инфаркт миокарда передней стенки левого желудочка с переходом на межжелудочковую перегородку с массивным тромбом верхушки левого желудочка. Фибринозный перикардит. Гипертрофия миокарда желудочков, толщина правого желудочка – 6 мм, левого – 14 мм), интерстициальный фиброз миокарда желудочков, артериолосклеротический нефросклероз.

Вторым этапом проведения патологоанатомического вскрытия является

- приведение тела в достойный вид
- наружный осмотр тела
- вскрытие и исследование полостей тела
- извлечение органокомплекса

Согласно срокам, макроскопическая картина организующегося трансмурального инфаркта передней стенки левого желудочка сердца вне участка разрыва представляет собой

- буровато-серовато-красные сливающиеся участки, распространяющиеся на центральные отделы некротизированного участка
- зона инфаркта несколько бледней неповреждённого миокарда
- светлые тускловатые по сравнению с окружающим миокардом сливающиеся участки на поверхности среза
- резкое истончение стенки желудочка с замещением миокарда фиброзной тканью

Разрыв верхушки левого желудочка привёл к фатальному клиническому состоянию

- гидроперикарду
- гемотампонаде сердца
- массивной тромбоэмболии лёгочной артерии
- гемотораксу

Возможным механизмом разрыва верхушки левого желудочка учитывая сроки инфаркта миокарда, в данном случае следует считать

- гидроперикарду
- гемотампонаде сердца
- массивной тромбоэмболии лёгочной артерии
- гемотораксу

Изображение 1

Данная гистологическая картина (изображение 1) соответствует

- организующемуся инфаркту миокарда
- артериолосклеротическому нефросклерозу
- интерстициальному фиброзу миокарда
- отёку лёгких

Данная гистологическая картина в передней стенке левого желудочка соответствует

- организующемуся инфаркту миокарда
- артериолосклеротическому нефросклерозу
- интерстициальному фиброзу миокарда
- отёку лёгких

Изображение 2

Данная гистологическая картина (изображение 2) соответствует

- отёку лёгких
- тромбу верхушки левого желудочка
- организующемуся инфаркту миокарда
- артериолосклеротическому нефросклерозу

Основным заболеванием в данном случае является

- отёку лёгких
- тромбу верхушки левого желудочка
- организующемуся инфаркту миокарда
- артериолосклеротическому нефросклерозу

Патологоанатомический диагноз

Разрыв миокарда верхушки левого желудочка в данном случае является

- сопутствующим заболеванием
- осложнением основного заболевания
- основным заболеванием
- фоновым заболеванием

Непосредственной причиной смерти в данном случае является

- инфаркт миокарда левого желудочка
- гемотампонада сердца
- разрыв миокарда верхушки левого желудочка
- отёк лёгких

Данное вскрытие следует отнести к +_____+ категории сложности

- 4
- 2
- 3
- 1

При сличении клинического и патологоанатомического диагнозов имеет место

- 4
- 2
- 3
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В патологоанатомическое отделение поступил операционный материал из отделения онкоурологии – левая почка.
Клинические данные
Больной С., 62 лет обратился к хирургу по поводу болей в спине, локализующихся преимущественно в поясничном отделе. Хирургом была назначена МРТ позвоночника. МРТ грудного, поясничного, крестцового отделов позвоночника МРТ-картина дегенеративно-дистрофических изменений пояснично-крестцового отдела позвоночника. Спондилез. Спондилоартроз. Протрузии межпозвоночных дисков Th12-L1, L1-L2, L2-L3, L3-L4. В среднем и нижнем сегменте левой почки визуализируется объемное образование размерами 40х50 см. Больной был направлен на консультацию к онкологу, назначено дальнейшее обследование: Ренография Секреторно-экскреторная

функция почек с нарушением легкой степени. СКТ органов грудной клетки с контрастированием Признаки умеренно выраженного пневмосклероза. Данных за метастазы нет. СКТ брюшной полости и забрюшинного пространства с контрастированием В паренхиме обеих почек определяются немногочисленные кисты 4-8 мм в диаметре. В правой почке, в нижнем сегменте – объемное образование размерами 41х45х40 мм, располагается преимущественно в паренхиме, деформирует внутренний контур. Сцинтиграфия костей скелета Данных за метастазы в кости нет. Общий анализ крови Эритроциты - 4,5х10^12^/л, гемоглобин - 127 г/л, гематокрит - 42%, лейкоциты - 5,6х10^9^/л, сегментоядерные лейкоциты -1,47%, палочкоядерные - 2,1%, базофилы - 1%, эозинофилы- 0,5%, моноциты - 3%, лимфоциты - 19%, тромбоциты - 320х10^9^/л. Биохимический анализ крови Общий белок- 66 г/л, альбумины - 38 г/л, С-реактивный белок - 0,3 г/л, АСТ - 35 г/л, АЛТ - 12 г/л, креатинин - 64 мкмоль/л, мочевая кислота - 219 мкмоль/л, мочевина - 6,4 ммоль/л. Общий анализ мочи Количество - 50 мл. Цвет - соломенно-желтый. Прозрачная. Относительная плотность - 1,013 отн. единиц. Эпителий плоский - в небольшом количестве. pH - 6 ед. Белок - 0,12 г/л. Кетоновые тела - отриц. Билирубин - отрицат. Глюкоза - отрицат. Аскорбиновая кислота - отрицат. Нитриты - отрицат. Лейкоциты (микроскопия осадка) - 3-4. Соли- не обнаружены. Бактерии - не обнаружены. Выполнена операция - левосторонняя нефрэктомия. Удаленная почка отправлена на патологоанатомическое исследование.

Данные патологоанатомического исследования

Прислано маркированный биопсийный контейнер, в который помещена почка в 10%-ном растворе нейтрального формалина, раствор бледно-розового цвета (загрязнен кровью). Макроскопическое описание Прислана почка размерами 15,5х7,3х4 см, с окололоханочной клетчаткой, культями мочеточника и сосудов. В под капсулой почки определяются 3 кисты с тонкостенными светло-серыми полупрозрачными стенками диаметром -0,4-0,7 см. На разрезе поверхностный слой коркового вещества (толщиной - 0,3 см) серо-розового цвета (фиксированная ткань), далее - розового цвета (незафиксированная ткань), мозговое вещество - коричневого цвета, чашечки, лоханка - белого цвета, гладкие, блестящие; мочеточник, вена, артерия (культи) - обычного вида. В нижнем сегменте определяется узел овальной формы размерами 4х4,5 см, с четкими контурами, цвет ткани узла - бледно-желтый, за счет узла деформированы чашечки. Окололоханочная клетчатка обычного вида. Лимфоузлы не обнаружены. Вырезано: 5 кусочков - почка с опухолью, 3 кусочка - почка без опухоли, 5 кусочков -лоханка и окололоханочная клетчатка, 1 кусочек - вена, 1 кусочек - артерия, 1 кусочек - мочеточник. Всего - 16 кусочков. Оставшийся материал сохранен в жидком архиве.

Перед началом проведения прижизненного патолого-анатомического исследования врач-патологоанат

- проводит контроль полноты и качества заполнения направления на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (унифицированная форма № 014/у)

- вносит первичные учетные данные прижизненного патологоанатомического исследования в Протокол прижизненного патологоанатомического исследования
- изучает выписку из медицинской документации пациента
- проверяет качество предварительной фиксации материала

При проведении вырезки перед началом работы с материалом следует провести

- контроль соответствия маркировки материала и записи в направлении на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (унифицированная форма № 014/у)
- проверку качества предварительной фиксации материала
- контроль полноты и качества заполнения направления на прижизненное патолого-анатомическое исследование биопсийного (операционного) материала (унифицированная форма № 014/у)
- регистрацию поступившего материала в журнале № 014-2/у «Журнал регистрации поступления биопсийного (операционного) материала и выдачи результатов прижизненных патолого-анатомических исследований»

Количество тканевых образцов, которое следует помещать в одну кассету для проводки, соответствует

- двум
- четырем
- одному
- трем

Для ручной маркировки заливочных кассет и предметных стекол используется

- простой графитовый карандаш
- маркер с водостойкими чернилами
- фломастер на спиртовой основе
- фломастер на водной основе

Фиксирующей жидкостью, которую следует использовать для окончательной фиксации материала, является

- 95% раствор этилового спирта
- 10% раствор нейтрального формалина
- 0,9% раствор натрия хлорида
- 70% раствор этилового спирта

Объем фиксирующей жидкости должен превышать объем образца фиксируемой ткани в +____+ раз/раза

- 95% раствор этилового спирта
- 10% раствор нейтрального формалина
- 0,9% раствор натрия хлорида
- 70% раствор этилового спирта

Изображение 1

Микропрепарат обнаруженной опухоли представлен на рисунке 1. Опухоль почки является

- 95% раствор этилового спирта
- 10% раствор нейтрального формалина
- 0,9% раствор натрия хлорида
- 70% раствор этилового спирта

Изображение 2

Представленная на рисунке 2 карцинома почки (смотри рисунок) является

- 95% раствор этилового спирта
- 10% раствор нейтрального формалина
- 0,9% раствор натрия хлорида
- 70% раствор этилового спирта

Изображение 3

Градацией данной (представлена на рисунке 3) светлоклеточной карциномы почки по _S.A. Fuhrman_ является _Grade_

- 4
- 2
- 3
- 1

Стадией описанного рака почки согласно классификации по системе TNM, является

- 4
- 2
- 3
- 1

Патологоанатомический диагноз

Сроком выполнения представленного прижизненного патологоанатомического исследования является срок, не превышающий +_____+ рабочих дня/дней

- 10
- 15
- 7
- 4

Категорией сложности, к которой относится представленное прижизненное патологоанатомическое исследование, является

- 10
- 15
- 7
- 4

Условие ситуационной задачи

Ситуация
В патологоанатомическое отделение на исследование поступил труп ребенка в возрасте 14 дней проходивший лечение в ДГКБ с 29 апреля по 12 мая.
Клинические данные
* Ребенок от матери 35 лет, с отягощенным соматическим анамнезом (хронический пиелонефрит, аднексит в 2002, пупочная грыжа), от 7-ой беременности, протекавшей в 1/3: в 5 недель – ОРВИ с повышением температуры, во 2/3 3/3 – без особенностей. Роды 3-и преждевременные, оперативные в 35 недель. Гипотрофия плода. Множественные врожденные пороки развития. Апгар 6/7 баллов. В родильном зале был интубирован, на ИВЛ переведен в ОРИТН. Состояние ребенка при рождении крайне тяжелое, реакция на осмотр снижена, рефлексы вызываются с быстрым истощением, выраженная кислородозависимость. * В возрасте 19 часов жизни ребенок переведен в ДГКБ. * Тяжесть состояния при поступлении определяется полиорганной недостаточностью, неврологической симптоматикой, инфекционным токсикозом, водно-электролитными нарушениями на фоне основного заболевания и сопутствующей патологии. * 01.05.16 произведена операция: иссечение эмбриональных оболочек. Резекция участка подвздошной кишки с омфало-мезентериальным протоком. Наложение илео-илеоанастомоза. Ревизия брюшной полости, остановка кровотечения. Пластика передней брюшной стенки. * После операции состояние ребенка крайне тяжелое. Отмечались признаки сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, клиника инфекционного токсикоза, выраженные воспалительные изменения в клиническом анализе крови, выраженный эксикоз, анемия,неврологическая симптоматика на фоне гипоксически-геморрагического поражения ЦНС и порока мозга. * На фоне прогрессирующей полиорганной недостаточности: сердечно-сосудистой, дыхательной и почечной недостаточности 11.05.16 в 21:30 наступила остановка сердечной деятельности. Реанимационные мероприятия в течение 30 минут без эффекта. 11.05.16 в 22:00 констатирована смерть ребенка.

Данные патологоанатомического исследования
На вскрытии выявлены: пороки развития головного мозга; порок развития сердца – функционирующий артериальный проток, МПС; омфалоцеле малых размеров, необлитерированный омфало-мезентериальный проток; расщелина твердого и мягкого неба; крипторхизм с двух сторон; добавочные пальцы обеих кистей, гипоплазия левого легкого, подковообразная почка, полиспления. Двусторонняя фибринозно-геморрагическая бронхопневмония. Некротический бронхит. Дистелектаз легких. Отек легких. Нефротический синдром. Продуктивный интерстициальный нефрит. Некронефроз. Кистозная дисплазия почек. Морфологическая незрелость ткани почек и легких. Гиподисплазия тимуса. Акцидентальная инволюция тимуса IV ст. Интерстициальный фиброз поджелудочной железы. Фиброз выводных протоков в поджелудочной железе. Продуктивный панкреатит. Интерстициальный фиброз миокарда. Центролобулярные некрозы печени. Продуктивный гепатит. Редукция фолликулов селезенки. Гипертрофия миокарда желудочков. Общее венозное полнокровие внутренних органов. Внутрижелудочковое кровоизлияние II степени с 2-х сторон. Перивентрикулярная лейкомаляция. Отек вещества головного мозга с вклинением миндалин мозжечка в большое затылочное отверстие.
Перед началом патологоанатомического вскрытия необходимо

- составление предварительного патологоанатомического диагноза на основе клинических данных
- заполнение Медицинского свидетельства о смерти
- изучение медицинской карты стационарного больного
- приведение тела умершего в достойный вид

Патологоанатомическое вскрытие тела умершего в данном случае осуществляется

- лаборантом
- санитаром
- врачом-патологоанатомом
- лечащим врачом

Гистологические препараты и биологические материалы в парафиновых блоках после проведения патологоанатомического исследования хранятся в течение +____+ лет

- лаборантом
- санитаром
- врачом-патологоанатомом
- лечащим врачом

Изображение 1

На гистологическом препарате представлены легкие (изображение 1; окраска гематоксилином и эозином, увеличение 20) с морфологическими признаками

- лаборантом
- санитаром
- врачом-патологоанатомом
- лечащим врачом

Изображение 2

На гистологическом препарате представлена печень (изображение 2; окраска гематоксилином и эозином, увеличение 20) с морфологическими признаками

- лаборантом
- санитаром
- врачом-патологоанатомом
- лечащим врачом

Изображение 3

Внешний вид почки (изображение 3) соответствует

- удвоению почки
- дисплазии почки
- подковообразной почке
- гипоплазии почек

«Масса головного мозга 254,9 (N=276г, дефицит массы 30%). Головной мозг заполняет 2/3 полости черепа. Лобные доли незначительно уменьшены» - данное морфологическое описание соответствует

- порэнцефалии
- микрогирии
- микроцефалии
- гидроцефалии

В лобно-височной области с обеих сторон имеются участки с мелкими извилинами, располагающиеся «скученно», что говорит о наличии

- микроцефалии
- гидроцефалии
- порэнцефалии
- микрогирии

Наиболее вероятной причиной смерти пациента является
+_____+ недостаточность

- сердечно-легочная
- надпочечниковая
- печеночная
- полиорганная

Основным диагнозом, наиболее вероятно, является

- сердечно-легочная
- надпочечниковая
- печеночная
- полиорганная

Патологоанатомический диагноз

При отсутствии красителя _oilredO_ для выявления липидов можно применить окраску

- толуидиновым синим
- пикрофуксином
- кармином
- суданами III и IV

Данное вскрытие следует отнести к +____+ категории сложности

- 4
- 2
- 3
- 5