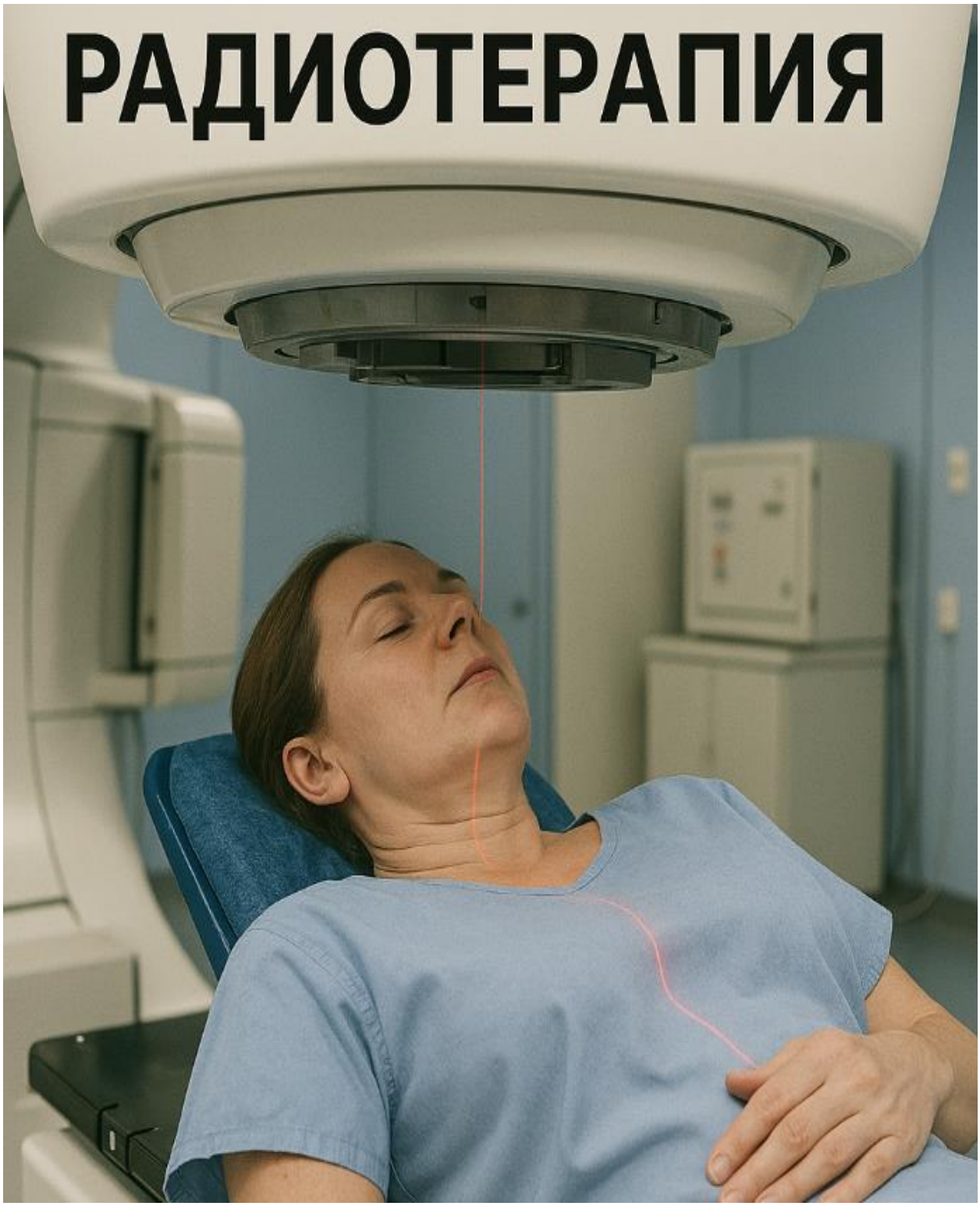
Ситуационные задачи

Радиотерапия

medkeys.ru/product/radioterapiya/



Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина, 50 лет, 6 месяцев назад стала отмечать появление головных болей, головокружения. По месту жительства терапевтом проводилась консервативная терапия – без эффекта. Обратилась в клинику для дообследования.
Жалобы
Головные боли, головокружение.
Анамнез заболевания
Стала отмечать головные боли, головокружения около шести месяцев назад. По месту жительства терапевтом проводилась консервативная терапия – без эффекта. Обратилась в клинику для дообследования и определения тактики лечения.
Анамнез жизни
Росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. Курение и употребление спиртных напитков отрицает.
Объективный статус
● Состояние удовлетворительное. Вес 73 кг, рост 168 см. Температура тела 36,2 С; ● кожные покровы физиологической окраски; ● дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над - и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 17 в минуту; ● неврологический статус: Сознание ясное. В себе, месте, и времени ориентирована правильно. Когнитивных расстройств нет. Обоняние не нарушено. Признаков выпадения полей зрения нет. Зрачки равны, прямая и содружественная реакции сохранены. Глазные щели D=S. Объем движения глазных яблок сохранен. Чувствительность в зоне иннервации тройничного нерва сохранена. Признаков мимического пареза нет. Глотание и фонация сохранены. Язык по средней линии. Снижение мышечной силы в левых конечностях до 4 баллов. Мышечная сила и тонус сохранены D>S. Рефлексы D< S . Оральные автоматизмы не выявлены. Слабоположительный рефлекс Бабинского слева. Чувствительных нарушений нет. Мозжечковые пробы выполняет. Менингеальных знаков нет. Экстрапирамидные расстройства не выявляются. Признаков патологии вегетативной нервной системы нет; ● гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 68 уд в мин, АД 125/75 мм.рт.ст; ● живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
Основным и наиболее информативным методом обследования для постановки диагноза в данном случае является
Результаты обследования

Пациентке в качестве первого этапа оказания специализированной медицинской помощи показано выполнение
Результаты

В данном клиническом случае для утверждения окончательного диагноза и плана лечения необходимо выполнить
Результаты обследования

Для оценки эффективности хирургического лечения должна быть выполнена
Результаты обследования

В качестве второго этапа оказания специализированной медицинской помощи пациентке показано проведение

- курса дистанционной лучевой терапии
- повторного хирургического лечения с целью полной резекции остаточной ткани опухоли
- динамического наблюдения
- химиотерапии цисплатин 25 мг/м^2^ – дни 1–4 + этопозид 80 мг/м^2^ – дни 1–4; каждые 21 день

В данном случае необходимо проведение лучевой терапии в сроки не более +_____+ недель после хирургического лечения

- 5
- 4
- 3
- 6

В рамках реализации курса дистанционной лучевой терапии пациентке показано облучение области ложа и остаточной ткани опухоли с РОД +____+ Гр до СОД +_____+ Гр

- 2 до 30
- 3 до 30
- 2,7 до 40,5
- 1,8-2,0 до 45-54

Пациентке в качестве третьего этапа оказания специализированной медицинской помощи показано проведение

- повторного хирургического лечения с целью полной резекции остаточной ткани опухоли
- химиотерапии в самостоятельном режиме
- стереотаксической лучевой терапии на область остаточной ткани опухоли в однократной дозе 12 Гр

- динамического наблюдения

В качестве химиотерапевтического этапа лечения должен быть использован препарат

- темозоломид в дозировке 150–200 мг/м, в течение 5 дней с перерывом в 23 дня (каждые 28 дней), 6 циклов
- цисплатин 25 мг/м^2^ – дни 1–4 + этопозид 80 мг/м^2^ – дни 1–4; каждые 21 день
- цисплатин 20 мг/м^2^ – дни 1–5 + этопозид 80 мг/м^2^– дни 1–5+ифосфамид 1500 мг/м^2^ – дни 1, 3, 5; каждые 3–4 недели, в зависимости от картины крови
- ритуксимаб 375 мг/м^2^, каждые 3 недели

Динамическое наблюдение за пациенткой после проведения комбинированного лечения Астроцитомы grade II правой лобной области предполагает выполнение

- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через 3 месяца и 1 раз каждые полгода в дальнейшем
- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после окончания курса лучевой терапии, затем каждые 3-6 месяцев в течение первого года, далее, при отсутствии признаков прогрессирования, 1 раз в 6-12 месяцев в течение 5 лет
- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после окончания операции во время курса лучевой терапии, затем каждые 3 месяца в течение 1-ого года, далее, при отсутствии признаков прогрессирования, 1 раз в 3-6 месяцев в течение 2-3 лет
- МСКТ головного мозга с контрастным усилением каждые 3 месяца в течение 1-ого года, далее, при отсутствии признаков прогрессирования, 1 раз в 3-6 месяцев в течение 2-3 лет

При контрольном обследовании через месяц после завершения лучевой терапии по результатам МРТ с контрастным усилением определяется увеличение объема остаточной ткани образования до 0,9х1,3х0,9 см, с накоплением контрастного вещества, при этом какая-либо неврологическая симптоматика отсутствует, данная картина характерна для

- продолженного роста опухоли
- стабилизации опухолевого процесса
- феномена псевдопрогрессии
- лучевого некроза ткани мозга

Тактикой ведения пациентки в случае возникновения феномена псевдопрогрессии является

- продолженного роста опухоли
- стабилизации опухолевого процесса
- феномена псевдопрогрессии
- лучевого некроза ткани мозга

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пенсионерка 69 лет обратилась к онкологу по месту жительства.
Жалобы
На уплотнение в левой молочной железе.
Анамнез заболевания
Уплотнение заметила самостоятельно осенью за год до первичного обращения к онкологу, за последние месяцы отмечает увеличение размеров уплотнения, втяжение соска. Обследовалась в поликлинике по месту жительства, заподозрен рак левой молочной железы.
Анамнез жизни
Родилась вторым ребенком в семье служащего. В детстве условия жизни и питание были нормальными. До 15-летнего возраста активно занималась физической культурой и спортом. Режим труда и отдыха в течение жизни существенно не нарушала, с профессиональными вредностями в работе не сталкивалась. Замужем, имеет 1 ребенка. Беременность протекала нормально, тем не менее, в связи ранним отхождением вод, на сроке 36 недель выполнено кесарево сечение. Месячные с 13 лет, регулярные, безболезненные. Ближайшие родственники больной здоровы. Вредные привычки отрицает.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Вес 63 кг, рост 164 см. Температура тела 36,6^0^С. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 15 в минуту. ЧДД 16 уд в мин, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Костно-мышечный аппарат без патологии.Щитовидная железа не увеличена.
Начать обследование данной пациентки при первичном обращении необходимо с

- продолженного роста опухоли
- стабилизации опухолевого процесса
- феномена псевдопрогрессии
- лучевого некроза ткани мозга

Результаты обследования

До морфологической верификации заболевания этой пациентке необходимо выполнить

- продолженного роста опухоли

- стабилизации опухолевого процесса
- феномена псевдопрогрессии
- лучевого некроза ткани мозга

Результаты обследования

На амбулаторном этапе наиболее информативным методом верификации новообразования молочной железы является

- продолженного роста опухоли
- стабилизации опухолевого процесса
- феномена псевдопрогрессии
- лучевого некроза ткани мозга

Результаты обследования

Основным методом дополнительного исследования гистологического материала, необходимым для уточнения биологического подтипа опухоли и определения тактики лечения, является

- продолженного роста опухоли
- стабилизации опухолевого процесса
- феномена псевдопрогрессии
- лучевого некроза ткани мозга

Результаты обследования

К методам инструментальной диагностики, исключающим отдаленное метастазирование опухоли молочной железы, относятся

- продолженного роста опухоли
- стабилизации опухолевого процесса
- феномена псевдопрогрессии
- лучевого некроза ткани мозга

Результаты инструментальных методов обследования

Клиническая стадия заболевания у данной пациентки при выявлении первичной опухоли молочной железы максимальным размером 3.8 см и трех подвижных метастатических лимфоузлов в подмышечной области на стороне поражения соответствует

- cT2cN1cM0
- pT2pN1pM0
- cT2cN2cM0
- pT2cN1cM0

В ходе проведенного обследования диагноз сформулирован как опухоль левой молочной железы; люминальный рак В, HER2 положительный биологический подтип; урT2урN1cM0. Выполнено хирургическое лечение (мастэктомия по Маддену с лимфодиссекцией) и соответствующее стадии химиотерапевтическое лечение. На третьем этапе комплексного лечения показано проведение курса +_____+ лучевой терапии

- послеоперационной стереотаксической
- послеоперационной сочетанной
- послеоперационной конформной дистанционной
- предоперационной контактной

У пациентки с диагнозом рак левой молочной железы, люминальный тип В, HER2 положительный, урT2урN1cM0R0 необходимо включить в зону облучения

- только ложе молочной железы, исключая лимфатические коллекторы
- ложе молочной железы и зоны регионарного лимфоколлектора на стороне поражения
- только регионарные лимфатические лимфоузлы на стороне поражения
- ложе молочной железы и зоны регионарного лимфоколлектора на противоположной стороне

Суммарная очаговая доза на область ложа опухоли молочной железы и зоны регионарного лимфоколлектора (рак левой молочной железы, люминальный тип В, HER2 положительный, урT2урN1cM0R0) должна быть в пределах (Гр)

- 38-40
- 46-50
- 40-42
- 58-60

Использование болюса при послеоперационном курсе конформной дистанционной лучевой терапии (после мастэктомии по Мадену) необходимо с целью

- повышения дозы в зонах клинического интереса
- снижения дозы в коже, зоне послеоперационного рубца, области выхода дренажей
- уменьшения проявлений острых радиационных повреждений
- снижения дозы на органы риска (легкое, сердце)

После хирургического лечения необходимо начать проведение послеоперационного курса конформной дистанционной лучевой терапии через

- 1 год
- 4-12 недель
- 6 месяцев
- 2 недели

Динамическое наблюдение за пациентками после проведения комплексного/комбинированного лечения по поводу рака молочной железы проводится с периодичностью

- 1 год
- 4-12 недель
- 6 месяцев
- 2 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная М., 67 лет, обратилась к радиотерапевту для решения вопроса о целесообразности проведения лучевой терапии.
Жалобы
На умеренную слабость, онемение кожи на внутренней поверхности правого бедра.
Анамнез заболевания
В течение 3 лет с момента прекращения регулярных менструаций – нерегулярные мажущие кровянистые выделения из половых путей. Обращалась к врачу−гинекологу в медицинский центр по месту жительства. В связи с развитием болевого синдрома − тянущими болями внизу живота − в течение 2 месяцев принимала обезболивающие препараты без эффекта. Обратилась в связи с усилением кровянистых выделений из половых путей в центр компетенции, где выполнено раздельное диагностическое выскабливание, гистероскопия. Гист.№ 3416/1−6 - смешанная опухоль. Консультация радиотерапевта до начала терапии в рамках междисциплинарного консилиума для решения вопроса о тактике лечения.
Анамнез жизни
Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергоанамнез: не отягощен.В детстве: ветряная оспа. Инфекционные заболевания:отрицает. Перенесенные травмы: 1986 – падение со 2 этажа - компрессионный перелом поясничного отдела позвоночника L2-L3. Перенесенные операции:в 1976 году - аппендэктомия. Наследственность не отягощена.Сифилиса не было.Туберкулеза нет. Злокачественные опухоли у родственников:Мать - острый лейкоз в 86 лет. Отец- в 83 года - рак толстой кишки.Психических отклонений нет.Не курит.Алкоголь не употребляет.Наркотики не употребляет.Эпидемиологический анамнез: Контактов с заболевшими корью, гриппом до поступления не было, вакцинация против кори, гриппа в настоящее время противопоказана по основному

заболеванию. Профессиональные вредности не отмечены.Работает художником−оформителем (ранее − контакт с масляными красками, растворителями бытового класса).

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 54 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее пальпаторно не определяются. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 99% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 88 уд в мин., АД 115/70 мм.рт.ст. (рабочее) * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Для определения тактики лечения больной с опухолью тела матки при первичном обращении к врачу−радиотерапевту обязательно необходимо провести

- 1 год
- 4-12 недель
- 6 месяцев
- 2 недели

Результаты

Наиболее информативным инструментальным методом для оценки экстрагенитальной распространенности опухоли при раке тела матки является

- 1 год
- 4-12 недель
- 6 месяцев
- 2 недели

Результаты инструментального метода обследования

На основании приведенных данных обследования больной может быть установлен клинический диагноз _C54.8_ Рак тела матки +_____+ стадии +_____+

- 1 год
- 4-12 недель
- 6 месяцев
- 2 недели

Диагноз

На основании приведенных клинико-диагностических данных, лучевая терапия на первом этапе лечения у данной больной

- 1 год
- 4-12 недель
- 6 месяцев
- 2 недели

Дополнительная информация
Больная оперирована в объеме лапаротомии, расширенной экстирпации матки с придатками, тазово-парааортальной лимфаденэктомия, резекция большого сальника. На операции: тело матки 15х12 см с участками прорастания серозной оболочки, на брюшине Дугласова пространства множество просовидных высыпаний до 0,5 см, с обеих сторон в области тазовых лимфоузлов плотные метастазы 3х4х3 см, подрастающие к наружным подвздошным артериям, парааортальные и паракавальные лимфоузлы - метастатически изменены до почечных ножек. Гист. № 5061/1-24- в теле матки гетерогенная опухоль - карциносаркома, эпителиальный компонент - высоко- и низкодифференцированная аденокарцинома, стромальный - элементы липосаркомы и хондросаркомы высокой степени злокачественности. Опухоль прорастает в истмическую часть матки, не прорастая в шейку, распространяется за пределы серозы матки в параметрий. Имеются метастазы в левом яичнике, во всех представленных лимфоузлах и брюшине малого таза. В сальнике без метастазов. В правом яичнике - пограничная серомуцинозная цистаденома. В смывах клетки периферической крови и группы клеток мезотелия. Ki-67 90%, p16 - выраженная цитоплазматическая экспрессия в 90% клеток эпителиального компонента опухоли. p53 - выраженная ядерная экспрессия в 10% клеток опухоли.
Учитывая стадию процесса, данные дооперационного обследования и послеоперационного гистологического исследования, выполненный объем хирургического вмешательства, больной показано проведение лечения

- комплексного, которое включает операцию, ЛТ и ХТ
- только хирургического
- комбинированного с интраоперационной лучевой терапией
- комбинированного с внутрибрюшинной химиотерапией

На основании дооперационного обследования и данных послеоперационного гистологического исследования удаленного материала, больная относится к группе +_____+ риска

- высокого
- промежуточного
- промежуточно−высокого
- крайне высокого

В послеоперационном периоде у данной больной целесообразно проводить

- химиотерапию и лучевую терапию с контролем динамики выявленных отдаленных метастазов в легких
- только симптоматическое лечение в связи с выявленными отдаленными метастазами в легких
- только химиотерапию в связи с выявленными отдаленными метастазами в легких
- только внутриполостную лучевую терапию в связи с выявленными отдаленными метастазами в легких

Оптимальным вариантом лучевой терапии в случае ее проведения у данной больной является _____ лучевая терапия

- внутриполостная
- внутритканевая
- интраоперационная
- конформная

В планируемый суммарный объем облучения PTV у данной больной, помимо культи влагалища, паравагинальной и параметральной области, следует включать +_____+ лимфатические узлы

- тазовые (общие, наружные и внутренние подвздошные, обтураторные), перисакральные
- только тазовые (общие, наружные и внутренние подвздошные, обтураторные)
- только парааортальные лимфоузлы до уровня Th12, общие, наружные и внутренние подвздошные, обтураторные и паховые лимфатические узлы
- парааортальные до уровня Th12, общие, наружные и внутренние подвздошные, обтураторные, пресакральные

Оптимальным режимом проведения адъювантного дистанционного облучения у больных раком тела матки высокого риска является облучение всего

- объема таза РОД 3 Гр 3 раза в неделю до СОДэкв 50 Гр, облучение парааортальной области РОД 1,8 Гр 5 раз в неделю до СОД40 Гр

- объема таза РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр
- запланированного объема РОД 1,8−2 Гр 5 раз в неделю до СОД 46−50 Гр
- запланированного объема РОД 3 Гр 5 раз в неделю до СОД 30 Гр, далее − зон регионарного лимфооттока РОД 2,5 Гр до СОД 46−50 Гр

После окончания лучевой терапии данной больной показано проведение

- курсов химиотерапии
- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- только таргетной терапии бевацизумабом

При установлении прогрессирования заболевания в ходе адъювантного лечения больной показано проведение

- курсов химиотерапии
- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- только таргетной терапии бевацизумабом

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная П., 60 лет, обратилась самостоятельно в ФГБУ «РНЦРР» МЗ РФ к радиотерапевту для решения вопроса о проведении послеоперационной лучевой терапии.
Жалобы
На умеренную слабость, периодически тянущие боли в области вагинального рубца.
Анамнез заболевания
Постменопауза 10 лет. В течение 7 лет ощущала регулярное ежемесячное нагрубание молочных желез, выделения из половых путей в виде слизи с прожилками крови. С вышеописанными жалобами обращалась к врачу общей практики, маммологу. В связи с выявленными в коагулограмме признаками гипокоагуляции была направлена в региональный Центр гематологии для дообследования, патологии системы свертывания не выявлено.К врачу-гинекологу не направлялась, самостоятельно не обращалась. Самостоятельно обрабатывала половые пути спринцеваниями с пищевой содой. Принимала БАДы для купирования дискомфорта в молочных железах. В связи с сохраняющимися эпизодами кровомазания из половых путей самостоятельно решила обратиться к врачу-гинекологу женской консультации только в январе 2019 года.
Анамнез жизни
Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – бухгалтер, в настоящее время на пенсии по возрасту.

Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 74 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее пальпаторно не определяются. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 99% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин., АД 135/90 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
Первым этапом для установления диагноза у больной с жалобами на кровомазание из половых путей в постменопаузе является

- курсов химиотерапии
- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- только таргетной терапии бевацизумабом

Результаты

Наиболее информативным инструментальным методом для оценки инвазии и местной распространенности опухоли при раке тела матки является

- курсов химиотерапии
- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- только таргетной терапии бевацизумабом

Результаты инструментального метода обследования

На основании проведенного обследования у больной до начала лечения может быть установлен клинический диагноз _C.54.1_ Рак тела матки +_____+ стадии +_____+

- курсов химиотерапии
- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет

- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- только таргетной терапии бевацизумабом

Диагноз

Критерием качества оказания медицинской помощи при раке тела матки является

- генетическое исследование
- магнитно-резонансная томография органов малого таза с внутривенным контрастированием
- морфологическое исследование эндометрия при аспирационной биопсии, раздельного диагностического выскабливания
- иммуногистохимическое исследование соскоба из полости матки и цервикального канала при гистероскопии

На основании полученных клинико-диагностических данных больной показано на первом этапе лечения проведение

- хирургического лечения
- химиотерапии препаратами платины и таксанами
- предоперационной внутриполостной лучевой терапии в эквивалентной СОД 30Гр
- предоперационной дистанционной лучевой терапии в эквивалентной СОД30Гр

На основании представленных данных дооперационного обследования и клинической стадии, объем хирургического лечения у данной больной оптимален, если выполнена

- хирургического лечения
- химиотерапии препаратами платины и таксанами
- предоперационной внутриполостной лучевой терапии в эквивалентной СОД 30Гр
- предоперационной дистанционной лучевой терапии в эквивалентной СОД30Гр

Дополнительная информация
Больной выполнена эндоскопическая экстирпация матки с придатками. Гистологическое заключение № 8173-87/19 - низкодифференцированная аденокарцинома эндометрия, инвазия в миометрий 4 мм при толщине 2см (менее ½), без лимфоваскулярной инвазии.
На основании данных послеоперационного гистологического заключения объем хирургического лечения для данной больной является

- радикальным

- нерадикальным в связи с облигатной необходимостью выполнения тазово-парааортальной лимфодиссекции при низкодифференцированных формах опухоли для улучшения прогноза заболевания
- условно-радикальным в связи с возможным выполнением тазово-парааортальной лимфодиссекции с целью хирургического стадирования
- суперрадикальным, т.к. можно было ограничиться удалением только пораженной слизистой матки

На основании дооперационного обследования и данных послеоперационного гистологического исследования удаленного материала, больная относится к группе_____ риска

- промежуточно-высокого
- низкого
- промежуточного
- высокого

Исходя из полученных клинико-диагностических данных дооперационного обследования и послеоперационного гистологического исследования удаленного материала, больной показано

- проведение адъювантной дистанционной лучевой терапии на фоне химиорадиомодификации Карбоплатином AUC 2 с еженедельным введением
- проведение адъювантной сочетанной лучевой терапии
- динамического наблюдения
- проведение адъювантной внутриполостной лучевой терапии

Стандарт адъювантной внутриполостной лучевой терапии у данной больной предусматривает облучение

- только задней стенки влагалища в эквивалентной дозе 30Гр с применением эндоректальных эндостатов для профилактики поздних лучевых стенозов влагалища
- только вагинального рубца в эквивалентной дозе 40Гр, предписанной на основание слизистой влагалища, не позднее 12 недель после хирургического вмешательства
- только вагинального рубца в эквивалентной дозе 30 Гр не позднее 4-6 недель после хирургического вмешательства или всей влагалищной трубки в эквивалентной дозе 30 Гр, предписанной на основание слизистой влагалища, не позднее 12 недель после хирургического вмешательства
- влагалищной трубки и вагинального рубца в эквивалентной дозе 40Гр, предписанной на основание слизистой влагалища, не позднее 12 недель после хирургического вмешательства

После окончания лучевой терапии данной больной показано

- проведение 3 курсов химиотерапии в таксано-платиновом режиме в связи с низкодифференцированной формой опухоли в соскобе
- динамическое наблюдение в течение 5 лет
- проведение адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- проведение адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет

Оптимальный алгоритм наблюдения за данной пациенткой должен включать

- проведение 3 курсов химиотерапии в таксано-платиновом режиме в связи с низкодифференцированной формой опухоли в соскобе
- динамическое наблюдение в течение 5 лет
- проведение адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- проведение адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 55 лет обратился к врачу-радиотерапевту.
Жалобы
Учащенное мочеиспускание, наличие прожилок крови в моче.
Анамнез заболевания
Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые отметил учащение мочеиспускания. К врачу не обращался. Симптомы постепенно нарастали, отметил наличие прожилок крови в моче. Врач уролог провел обследование по месту жительства: Цитологическое исследование мочи: клетки рака. Цистоскопия: в области задней стенки мочевого пузыря экзофитное образование 15 х 14 х 3 мм, контактно кровоточит. Трансуретральная резекция мочевого пузыря: на задней стенке мочевого пузыря визуализируется опухолевое образование, ярко красного цвета, бархатистое, кровоточащее, размером 15 х 14 х 3 мм. По данным УЗИ органов малого таза и брюшной полости патологические лимфатические узлы не выявлены, отдаленные метастазы не выявлены. Гистологическое заключение + ИГХ: переходно-клеточный рак мочевого пузыря, без инвазии мышечного слоя. G2. Диагноз: С67 Злокачественное новообразование мочевого пузыря, 1 стадия, pT1N0M0.
Анамнез жизни
* хронические заболевания: гастрит, вне обострения (К 29) * курит в течение 30 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * онкологический анамнез отрицает * аллергоанамнез отрицает
Объективный статус
Общее состояние удовлетворительное. Вес 89 кг, рост 175 см (ИМТ – 29). Температура тела 36,5 С. Кожные покровы и видимые слизистые не изменены. Питание через рот; в достаточном объеме, мягкой пищей. Глотание не нарушено, безболезненное. Периферические лимфоузлы: затылочные, шейные,

надключичные, подключичные, подмышечные - не увеличены. Перкуторно границы средостения не расширены, над легкими – ясный легочный звук; аускультативно – дыхание жесткое, проводится во все отделы, выслушиваются единичные сухие хрипы в нижних отделах справа. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 62/мин, АД 125/70 мм. рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Для оценки эффективности дальнейшего лечения следует определить в крови опухолевый маркер

- РЭА
- UBC
- ХГЧ
- СА 19.9

Основным методом лечения рака мочевого пузыря на этой стадии (T1N0M0, G2, группа низкого риска, ECOG 0-1) является

- иммунная терапия
- хирургическое удаление
- фотодинамическая терапия
- лучевая терапия

Оптимальным объемом лечения при раке мочевого пузыря 1 стадии, T1N0M0, G2, группа низкого риска, ECOG 0-1, будет

- дистанционная лучевая терапия
- радикальная цистэктомия
- трансуретральная резекция мочевого пузыря
- внутрипузырная химиотерапия

Если бы пациент был из группы высокого риска (1 стадия, T1N0M0, G3, ECOG 0-1), то верным было бы рекомендовать

- ТУР МП и химиотерапию
- брахитерапию
- ТУР МП и иммунотерапию
- фотодинамическую терапию

При предлучевой подготовке, фиксирующими устройствами для иммобилизации пациента являются

- термопластическая маска
- опора для коленей и упор для стоп
- подголовник и загубник
- breast board и упор для рук

Шаг КТ - сканирования таза при подготовке пациента к лучевой терапии с диагнозом Рак мочевого пузыря, составляет минимально +____+ мм

- 15
- 1
- 5
- 10

К критическим органам при планировании лучевой терапии пациента с диагнозом Рак мочевого пузыря относят

- подкожную клетчатку
- прямую кишку
- кожу нижней части живота
- крестец и копчик

В макроскопический объем опухоли (GTV) при хорошей визуализации первичной опухоли включают

- только опухоль/ли мочевого пузыря (+20 мм за ее границами)
- первичную опухоль, мочевой пузырь и уретру
- первичную опухоль, мочевой пузырь и все регионарные лимфатические узлы
- первичную опухоль и регионарные лимфатические узлы с обеих сторон

При инвазивном раке мочевого пузыря на первом этапе лучевой терапии в клинический объем мишени (CTV) включают, помимо первичной опухоли и мочевого пузыря,

- регионарные лимфатические узлы с обеих сторон
- предстательную железу у мужчин, свод влагалища у женщин
- прямую кишку до ректосигмоидного перехода
- прямую кишку до отхождения нижней прямокишечной вены

Отступ для планируемого объема опухоли (PTV) на первом этапе лучевой терапии при инвазивном раке мочевого пузыря составляет +_____+ мм

- 15
- 5
- 10
- 20

Разовая очаговая доза (РОД) и суммарная очаговая доза (СОД) при облучении таза на первом этапе лучевой терапии при инвазивном раке мочевого пузыря составляют соответственно +____+ ежедневно, 1 раз в сутки, 5 раз в неделю и +____+ Гр

- 3 и 60

- 1,8 - 2 и 45 - 50
- 2,5 и 45 - 50
- 1,8 - 2 и 60

Разовая очаговая доза (РОД) и суммарная очаговая доза (СОД) на втором этапе лучевой терапии при инвазивном раке мочевого пузыря составляют соответственно +_____+ ежедневно, 1 раз в сутки, 5 раз в неделю и +_____+ Гр

- 3 и 60
- 1,8 - 2 и 45 - 50
- 2,5 и 45 - 50
- 1,8 - 2 и 60

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 71 года обратилась к онкологу по месту жительства.
Жалобы
Жалобы на уплотнение в правой молочной железе.
Анамнез заболевания
Уплотнение заметила самостоятельно осенью за год до первичного обращения к онкологу, за последние месяцы отметила увеличение размеров уплотнения, втяжение соска. Обследовалась в поликлинике по месту жительства, заподозрен рак правой молочной железы.
Анамнез жизни
Родилась вторым ребенком в семье служащего. В детстве условия жизни и питание были нормальными. От сверстников в интеллектуальном и физическом развитии не отставала. До 15-летнего возраста активно занималась физической культурой и спортом. Окончила институт. Режим труда и отдыха в течение жизни существенно не нарушала, с профессиональными вредностями в работе не сталкивалась. Больная замужем, имеет 1 ребенка. Беременность протекала с угрозой гипоксии плода, при сроке 36 недель выполнено кесарево сечение. Месячные с 13 лет, регулярные, безболезненные. Ближайшие родственники больной здоровы. Вредные привычки отрицает.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Вес 67 кг, рост 169 см. Температура тела 36,5^0^С. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 17 в минуту. ЧДД 19 уд в мин, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 65уд в мин, АД 135/82 мм.рт.ст. Костно-мышечный аппарат без патологии.Щитовидная железа не увеличена.
Начать обследование данной пациентки при первичном обращении необходимо с

- 3 и 60

- 1,8 - 2 и 45 - 50
- 2,5 и 45 - 50
- 1,8 - 2 и 60

Результаты

Основными методами уточняющей инструментальной диагностики, которые необходимо выполнить до морфологической верификации заболевания при выявленном новообразовании молочной железы, являются

- 3 и 60
- 1,8 - 2 и 45 - 50
- 2,5 и 45 - 50
- 1,8 - 2 и 60

Результаты

Основным методом верификации новообразования молочной железы на амбулаторном этапе является

- 3 и 60
- 1,8 - 2 и 45 - 50
- 2,5 и 45 - 50
- 1,8 - 2 и 60

Результаты

Основным методом дополнительного исследования гистологического материала, необходимым для уточнения биологического подтипа опухоли и определения тактики лечения, является

- 3 и 60
- 1,8 - 2 и 45 - 50
- 2,5 и 45 - 50
- 1,8 - 2 и 60

Результаты

К методам инструментальной диагностики, исключающим отдаленное метастазирование опухоли молочной железы, относятся

- 3 и 60
- 1,8 - 2 и 45 - 50
- 2,5 и 45 - 50
- 1,8 - 2 и 60

Результаты

Клиническая стадия заболевания у данной пациентки при выявлении первичной опухоли молочной железы максимальным размером 1.5 см и отсутствии клинически значимых лимфоузлов в подмышечной области на стороне поражения соответствует по TNM

- 3 и 60
- 1,8 - 2 и 45 - 50
- 2,5 и 45 - 50
- 1,8 - 2 и 60

Диагноз

Пациентке с опухолью молочной железы (люминальный рак А, HER2 отрицательный) (биологический подтип, pT1pN0cM0) после выполнения хирургического лечения (резекция молочной железы с регионарной лимфодиссекцией) и проведения соответствующего стадии химиотерапевтического лечения, на третьем этапе комплексного лечения показано проведение послеоперационного курса
+_____+ лучевой терапии

- конформной дистанционной
- стереотаксической
- контактной
- сочетанной

У пациентки с диагнозом Рак правой молочной железы, люминальный тип А, HER2 отрицательный, pT1pN0cM0R0G2 после органосохраняющей операции, необходимо включить в зону облучения

- только грудную стенку справа, исключая лимфатические коллекторы
- только регионарные лимфатические лимфоузлы на стороне поражения
- весь объем оперированной молочной железы и зоны регионарного лимфоколлектора на стороне поражения
- весь объем оставшейся части оперированной молочной железы

Суммарная очаговая доза при данной клинической ситуации (рак правой молочной железы, люминальный тип А, HER2 отрицательный, pT1pN0cM0R0, G2) после органосохраняющего лечения должна быть в пределах (Гр)

- 58-60
- 46-50
- 40-42
- 38-40

Проведение дополнительного локального лучевого воздействия («буста») на ложе удаленной опухоли молочной железы (при pT1pN0cM0R0G2)

- показано до суммарной очаговой дозы 60 Гр
- должно быть проведено на втором этапе после стихания острых лучевых реакций
- необходимо до суммарной очаговой дозы 70 Гр
- не показано данной пациентке

После хирургического лечения необходимо начать проведение послеоперационного курса конформной дистанционной лучевой терапии через

- 1 год
- 4-12 недель
- 2 недели
- 6 месяцев

Динамическое наблюдение за пациентками после проведения комплексного/комбинированного лечения по поводу рака молочной железы проводится с периодичностью

- 1 год
- 4-12 недель
- 2 недели
- 6 месяцев

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина, 50 лет, 6 месяцев назад стала отмечать появление головных болей, головокружения. По месту жительства терапевтом проводилась консервативная терапия – без эффекта. Обратилась в клинику для дообследования.
Жалобы
Головные боли, головокружение.
Анамнез заболевания
Стала отмечать головные боли, головокружения около шести месяцев назад. По месту жительства терапевтом проводилась консервативная терапия – без эффекта. Обратилась в клинику для дообследования и определения тактики лечения.
Анамнез жизни
Росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. Курение и употребление спиртных напитков отрицает.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 73 кг, рост 168 см. Температура тела 36,2°С. * Кожные покровы физиологической окраски. * Дыхание через нос

свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над - и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 17 в минуту. * Неврологический статус: Сознание ясное. В себе, месте, и времени ориентирована правильно. Когнитивных расстройств нет. Обоняние не нарушено. Признаков выпадения полей зрения нет. Зрачки равны, прямая и содружественная реакции сохранены. Глазные щели D=S. Объем движения глазных яблок сохранен. Чувствительность в зоне иннервации тройничного нерва сохранена. Признаков мимического пареза нет. Глотание и фонация сохранены. Язык по средней линии. Снижение мышечной силы в левых конечностях до 4 баллов. Мышечная сила и тонус сохранены D>S. Рефлексы D< S . Оральные автоматизмы не выявлены. Слабоположительный рефлекс Бабинского слева. Чувствительных нарушений нет. Мозжечковые пробы выполняет. Менингеальных знаков нет. Экстрапирамидные расстройства не выявляются. Признаков патологии вегетативной нервной системы нет. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 68 уд в мин, АД 125/75 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Основным и наиболее информативным методом обследования для постановки диагноза в данном случае является выполнение

- 1 год
- 4-12 недель
- 2 недели
- 6 месяцев

Результаты

Пациентке в качестве первого этапа оказания специализированной медицинской помощи показано выполнение

- 1 год
- 4-12 недель
- 2 недели
- 6 месяцев

Результаты

В данном клиническом случае для утверждения окончательного диагноза и плана лечения необходимо выполнить

- 1 год
- 4-12 недель
- 2 недели

- 6 месяцев

Результаты

Для оценки эффективности хирургического лечения должна быть выполнена

- 1 год
- 4-12 недель
- 2 недели
- 6 месяцев

Результаты

В качестве второго этапа оказания специализированной медицинской помощи пациентке показано проведение

- курса дистанционной лучевой терапии
- химиотерапии цисплатином и этопозидом
- динамического наблюдения
- повторного хирургического лечения

В данном случае необходимо проведение лучевой терапии в сроки не более +_____+ недель после хирургического лечения

- 5
- 6
- 3
- 4

В рамках реализации курса дистанционной лучевой терапии пациентке показано облучение области ложа и остаточной ткани опухоли с РОД +____+ Гр до СОД +_____+ Гр

- 3,0-3,5; 60-80
- 2,7-3,0; 40,5
- 3,0-3,5; 70-86
- 1,8-2,0; 45-54

Пациентке в качестве третьего этапа оказания специализированной медицинской помощи показано проведение

- динамического наблюдения с периодичностью осмотров 1 раз в 2 мес
- стереотаксической лучевой терапии на область остаточной ткани опухоли в однократной дозе 12 Гр
- повторного хирургического лечения с целью полной резекции остаточной ткани опухоли
- системной химиотерапии в самостоятельном режиме

Для дифференциальной диагностики постлучевого некроза и рецидива применяется

- СКТ головного мозга с контрастом
- МРТ головного мозга
- ОФЭКТ головного мозга
- ПЭТ КТ головного мозга с аминокислотами (тирозин, метионин, холин)

Динамическое наблюдение за пациенткой после проведения комбинированного лечения астроцитомы grade II правой лобной области, предполагает выполнение

- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после окончания курса лучевой терапии, затем каждые 3-6 месяцев в течение первого года. Далее, при отсутствии признаков прогрессирования, 1 раз в 6-12 месяцев в течение 5 лет
- МСКТ головного мозга с контрастным усилением каждые 3 месяца в течение 1-го года. Далее, при отсутствии признаков прогрессирования, 1 раз в 3-6 месяцев в течение 2-3 лет
- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после окончания операции во время курса лучевой терапии, затем каждые 3 месяца в течение 5 лет
- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через 3 месяца после окончания курса лучевой терапии и 1 раз каждые полгода в дальнейшем

При контрольном обследовании через месяц после завершения лучевой терапии по результатам МРТ с контрастным усилением определяется увеличение объема остаточной ткани образования до 0,9х1,3х0,9 см, с накоплением контрастного вещества, при этом какая-либо неврологическая симптоматика отсутствует, данная картина характерна для

- феномена псевдопрогрессии
- стабилизации опухолевого процесса
- продолженного роста опухоли
- лучевого некроза ткани мозга

Тактикой ведения пациентки в случае возникновения феномена псевдопрогрессии является назначение

- феномена псевдопрогрессии
- стабилизации опухолевого процесса
- продолженного роста опухоли
- лучевого некроза ткани мозга

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 60 лет обратился на консультацию к врачу-радиотерапевту.
Жалобы
Головная боль, головокружение.
Анамнез заболевания
Новообразование обнаружилось год назад при плановой рентгенографии. Проведена лучевая терапия на область опухоли и лимфоколлекторов средостения СОД 60 Гр.
Анамнез жизни
Рос и развивался в соответствии с возрастом.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 73 кг, рост 168 см. Температура тела 36,2°С. * Кожные покровы физиологической окраски. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над - и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 17 в минуту. * Неврологический статус: Сознание ясное. В себе, месте, и времени ориентирована правильно. Когнитивных расстройств нет. Обоняние не нарушено. Признаков выпадения полей зрения нет. Зрачки равны, прямая и содружественная реакции сохранены. Глазные щели D=S. Объем движения глазных яблок сохранен. Чувствительность в зоне иннервации тройничного нерва сохранена. Признаков мимического пареза нет. Глотание и фонация сохранены. Язык по средней линии. Снижение мышечной силы в левых конечностях до 4 баллов. Мышечная сила и тонус сохранены D>S. Рефлексы D< S . Оральные автоматизмы не выявлены. Слабоположительный рефлекс Бабинского слева. Чувствительных нарушений нет. Мозжечковые пробы выполняет. Менингеальных знаков нет. Экстрапирамидные расстройства не выявляются. Признаков патологии вегетативной нервной системы нет. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 68 уд в мин, АД 125/75 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
Для оценки эффективности лечения и вероятности рецидива необходимо исследование

- феномена псевдопрогрессии
- стабилизации опухолевого процесса
- продолженного роста опухоли
- лучевого некроза ткани мозга

Результаты

Для уточнения диагноза и стадии заболевания необходимо выполнить

- феномена псевдопрогрессии
- стабилизации опухолевого процесса
- продолженного роста опухоли
- лучевого некроза ткани мозга

Результаты

Предполагаемым основным диагнозом является

- феномена псевдопрогрессии
- стабилизации опухолевого процесса
- продолженного роста опухоли
- лучевого некроза ткани мозга

Диагноз

На основании результатов онкомаркеров определяется _____ тип рака лёгкого

- мелкоклеточный
- плоскоклеточный
- аденокарциноматозный
- крупноклеточный

Стандартным подходом при лечении больных неоперабельным раком легкого является

- химиотерапия по схеме CAF
- гормонотерапия терапия кортикостероидами
- палиативная лучевая терапия
- химиолучевая терапия

Оперативное лечение в данном случае

- не показано ни при каких обстоятельствах
- возможно в условиях специализированного центра
- возможно с последующей лучевой терапией
- возможно только в составе с химиотерапией

Показаниями к лучевому лечению в данном случае являются

- болевой синдром у пациента
- периферическая опухоль левого лёгкого
- удовлетворительное состояние пациента
- множественные метастазы в головном мозге

В данном клиническом случае показана лучевая терапия в объёме

- стереотаксическая лучевая терапия всех метастазов
- всего головного мозга и левого легкого
- локального облучения крупных метастазов на установке Кибернож
- крупнопольной на весь объем головного мозга

Наиболее предпочтительным режимом фракционирования и дозами ЛТ являются РОД +_____+ Гр, СОД +_____+ Гр на весь объём головного мозга

- 3; 30
- 2; 30
- 4; 28
- 2; 40

Способом лучевой терапии, показанной в данном клиническом случае, является

- 3D конформная
- гамма-нож
- стереотаксическая
- брахитерапия

Рак лёгкого в первую очередь метастазирует в

- почки
- мягкие ткани
- печень
- головной мозг

В качестве возможного лечения совместно с лучевой терапией этому пациенту можно рекомендовать

- почки
- мягкие ткани
- печень
- головной мозг

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мальчик 5 лет направлен из НМИЦ НХ им. Н.Н. Бурденко в Федеральный онкологический центр
Жалобы
На головную боль, рвоту, шаткость при ходьбе
Анамнез заболевания
Болен с июня 2013 – приступ судорог с потерей сознания. С июля 2013

присоединились головная боль и рвота, шаткость при ходьбе. При МРТ головного мозга 11.10.13 выявлена опухоль 4 желудочка с парастволовым распространением. Окклюзионная гидроцефалия. Госпитализирован в НХЦ г.Тюмени. 11.10.13 выполнена операция – ВПШ. 22.10.13 выполнена операция II - удаление опухоли 4 желудочка с парастволовым распространением. Гистологическое заключение после пересмотра гистопрепаратов в НИИНХ им.Н.Н,Бурденко - анапластическая эпендимома. В связи с бульбарными нарушениями и дыхательными расстройствами выполнена трахеостомия 23.10.13, кормление осуществляли с помощью НГЗ.
24.10.13 выполнена декомпрессионная трепанация черепа из-за отека ЗЧЯ. 01.11.13 выполнена операция – ревизия ВПШ. При МРТ головного мозга без и с КУ 18.12.13 – данных за остатки опухоли нет. С 03.01.2014 по 04.09.2014 получил 10 циклов ПХТ по протоколу ХИТ-СКК без МТХ. МРТ головного мозга без и с КУ 08.05.14 – данных за рецидив опухоли нет. 03.07.14 трахеостома удалена. При МРТ головного мозга 17.07.14 данных за рецидив опухоли нет. При КТ головного мозга без и с КУ в проекции 4 желудочка определяется образование размерами 11х10х9 мм. При ретроспективном анализе МРТ образование определялось на МРТ 02.14, 08.05.14. При МРТ головного мозга 03.10.14 – в правой гемисфере мозжечка определяется образование размерами 10,3х12.7х10.3 мм – рецидив опухоли? При МРТ спинного мозга без и с КУ 17.10.14 – мтс не обнаружены. ПЭТ головного мозга с метионином 11.11.14 – в правой гемисфере мозжечка и 4 желудочке определяется очаг повышенного накопления РФП размерами 18х12х14 мм – локальный рецидив опухоли.
20.01.15 выполнена операция – удаление опухоли 4 желудочка. Удаление шунтирующей системы, установлен НВД. После операции – наросла атаксия справа, снижение глоточного рефлекса справа. Гистологическое заключение: анапластическая эпендимома.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергоанамнез не отягощен Анамнез жизни (детский) Какой по счету ребенок: 3. От какой беременности: 3. Как протекала беременность: без особенностей. Как протекали роды: родоразрешение кесаревым сечением в срок, проводились реанимационные мероприятия. Особенности кормления на 1-м году жизни: до 1 года грудное вскармливание. Раннее развитие - без патологии. Профилактические прививки: по возрасту.

Объективный статус

* Состояние тяжелое по основному заболеванию. Вес 17 кг, рост 110 см. Температура тела 36,6°С * Телосложение нормостеническое, пониженного питания * Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. * Лимфатические узлы нормальных размеров. * Костно-мышечный аппарат без патологии. * Щитовидная железа не увеличена. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 18 в минуту * Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких

определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 уд в мин. Ро2 99% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 111 уд в мин, АД 110/85 мм.рт.ст. * Живот правильной формы, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации живот мягкий, безболезненный. При перкуссии - патология не выявлена. Аускультативно - патология не выявлена. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Грыжевые выпячивания не выявлены. Граница печени при перкуссии в пределах нормы. При пальпации печень безболезненна. Печеночная тупость в нормальных пределах. Селезенка не пальпируется. Стул нормальный.
Выбор тактики лечения следует начать с

- почки
- мягкие ткани
- печень
- головной мозг

Результаты обследования

С целью уточнения поставленного диагноза пациенту необходимо выполнить

- почки
- мягкие ткани
- печень
- головной мозг

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом обследования, который наиболее точно позволяет судить о распространенности первичной опухоли, является

- почки
- мягкие ткани
- печень
- головной мозг

Результаты инструментального метода обследования

У пациента можно предположить диагноз

- почки
- мягкие ткани
- печень
- головной мозг

Диагноз

Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить дополнительные обследования - магнитно-резонансная томографию (МРТ) первичного очага и метастазов в нативном режиме и с контрастным усилением, компьютерную томографию (КТ) спинного мозга с и без контрастирования, а также

- электрокардиограмму в 12-ти отведениях
- цитологическое исследование СМЖ не более, чем за 14 дней до начала лечения
- УЗИ лимфатических узлов (над-, подключичных, подмышечных, забрюшинных, тазовых, включая гипогастральные (обтураторные, внутренние подвздошные), наружных подвздошных, общих подвздошных, пахово-бедренных)
- биохимический анализ крови, клинический анализ крови, клинический анализ мочи

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

- стационара
- «дневного стационара»
- стационара в отделении интенсивной терапии
- амбулаторного наблюдения (на дому)

Пациенту необходимо провести

- хирургическое лечение
- лучевую терапию с последующим хирургическим лечением
- комбинированную химиолучевую терапию
- системную химиотерапию

Лучевая терапия для пациентов с диагнозом Рецидив анапластической эпендимомы 4 желудочка, проводится в объеме
+_____+ с последующей оценкой ответа после завершения ЛТ и выполнения поддерживающей ХТ

- лучевой терапии в объеме КСО до СОД 24 Гр с последующим локальным облучением области рецидива и первичного поражения до СОД 55 Гр
- дистанционной 3D конформной лучевой терапии зоны первичного распространения и профилактического облучения регионарных лимфатических узлов РОД 1,8 Гр до СОД 50,4 Гр с параллельной еженедельной ХТ винкристином 3 мг/м2
- дистанционной 3D конформной лучевой терапии зоны первичного распространения РОД 1,8 Гр до СОД 54 Гр

- 3D-конформной дистанционной лучевой терапии в режиме классического фракционирования РОД 1.8 Гр локально на область опухоли до СОД 59,4 Гр с параллельной еженедельной ХТ винкристином 1,5 мг/м2

После выписки из стационара радиологического центра пациенту следует рекомендовать

- динамическое наблюдение детским онкологом и педиатром ежеквартально с последующей МРТ ЦНС с и без КУ на 4 неделе после окончания лучевой терапии
- химиоэмболизацию сосудов
- послеоперационную ПХТ по протоколу после окончания лучевой терапии
- хирургическое лечение

Наиболее вероятным ранним побочным эффектом проводимой лучевой терапии может быть

- непроходимость тонкого кишечника
- развитие некроза мозговой ткани
- нарушение сердечной деятельности
- параплегия

После лечения наблюдение у районного онколога показано с периодичностью 1 раз в +_____+, затем ежегодно

- 3 недели после окончания ЛТ, а затем через 2 мес., далее каждые 3 месяца в течение 2-х лет, далее – 1 раз в 6 месяцев – в течение 5 лет
- месяц в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет, далее пациент обследуется каждые 6 месяцев до 5 лет от окончания лечения
- 3 мес. в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет
- 6 мес. в течение 3 лет, далее пациент обследуется каждые 6 месяцев до 5 лет от окончания лечения

Регулярное диспансерное наблюдение для данного пациента включает в себя МРТ ЦНС с контрастным усилением, рентгенографию органов грудной клетки ежеквартально в течение 3 лет, УЗВТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства ежеквартально в течение 7 лет, ЭКГ и ЭХО-кардиографию ежегодно в течение 5 лет по окончании лечения и

- 3 недели после окончания ЛТ, а затем через 2 мес., далее каждые 3 месяца в течение 2-х лет, далее – 1 раз в 6 месяцев – в течение 5 лет
- месяц в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет, далее пациент обследуется каждые 6 месяцев до 5 лет от окончания лечения
- 3 мес. в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет

- 6 мес. в течение 3 лет, далее пациент обследуется каждые 6 месяцев до 5 лет от окончания лечения

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка Г. 69 лет направлена для проведения перфузионной сцинтиграфии миокарда в покое
Жалобы
Активных жалоб на момент осмотра не предъявляет
Анамнез заболевания
Длительное время наблюдается по поводу ишемической болезни сердца, атеросклероза аорты, коронарных артерий, пароксизмальной формы мерцательной аритмии, артериальной гипертензии 2 ст.
Анамнез жизни
Анамнез жизни без особенностей. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Вредных привычек нет.
Объективный статус
Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски. При аускультации легких дыхание везикулярное, проводится во всех отделах легких, хрипов нет. При аускультации сердца тоны ясные, ритмичные, приглушенные. Сосуды н/конечностей варикозно изменены, пастозность голеней и стоп. ЧДД 16 - 18 в мин Пульс 70 уд в мин АД 130/80 мм рт ст.
Для проведения перфузионной сцинтиграфии миокарда применяются ^201^Tl, ^199^Tl,

- ^99^^m^Tc-пирфотех
- ^99^^m^Tc-тиоксим
- ^99^^m^Tc-МИБИ
- ^99^^m^Tc-технефит

После смешивания элюата из генератора технеция-99mc МИБИ полученный препарат необходимо

- периодически встряхивать во флаконе в течение 15-20 минут
- центрифугировать в течение 5 минут
- нагревать на водяной бане в течение 15 минут
- выдержать во флаконе 20 минут

Исследование проводится через +_____+ минут после введения ^99^^m^Tc-МИБИ

- 30-90
- 10-20
- 160-180
- 120-140

Двукратное введение ^99^^m^Tc-МИБИ для проведения исследования в покое и нагрузке обусловлено

- перераспределением РФП в миокарде
- отсутствием перераспределения РФП в миокарде
- нестабильностью соединения РФП
- быстрым выведением РФП из миокарда

Введение ^99^^m^Tc-МИБИ при перфузионной сцинтиграфии миокарда с функциональными стресс-тестами выполняют

- до достижения пика физической нагрузки
- после достижения пика физической нагрузки
- перед началом физической нагрузки
- на пике физической нагрузки

Период полувыведения ^99^^m^Tc-МИБИ из миокарда составляет +_____+ часов

- до достижения пика физической нагрузки
- после достижения пика физической нагрузки
- перед началом физической нагрузки
- на пике физической нагрузки

На изображении (Слайд 1) реконструкции томосрезов методом полярного картирования, стрелкой указана область, соответствующая +___ ____+ левого желудочка

- задней стенке
- передней стенке
- перегородки
- боковой стенке

Норма показателей сократительной функции миокарда левого желудочка по данным программы QGS составляет +_____+ %

- 42±5
- 82±5
- 62±9
- 35±9

Норма показателей систолического объема миокарда левого желудочка по данным программы QGS составляет +_____+ мл

- 62±9
- 10±6
- 33±17
- 66±11

Норма показателей диастолического объема миокарда левого желудочка по данным программы QGS составляет +_____+ мл

- 62±9
- 10±6
- 33±17
- 66±11

При анализе изображений (Слайд 2) томографической перфузионной сцинтиграфии миокарда левого желудочка в покое можно сделать вывод о

- 62±9
- 10±6
- 33±17
- 66±11

При анализе полученных данных (Слайд 3) ЭКГ-синхронизованной перфузионной сцинтиграфии миокарда в покое можно сделать вывод о

- 62±9
- 10±6
- 33±17
- 66±11

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина обратилась к радиотерапевту за консультацией по поводу своего восьмилетнего сына.
Жалобы
На увеличение подчелюстных и шейных лимфоузлов, ночную проливную потливость.
Анамнез заболевания
Впервые увеличение шейных лимфоузлов отмечает год назад после перенесенного ОРЗ. При пальпации лимфоузлы неподвижные, плотной консистенции, безболезненные.
Анамнез жизни
Рос и развивался по возрасту. Социальные условия удовлетворительные. Аллергический анамнез: отрицает. Опухолевые заболевания в семье отрицает.
Объективный статус
Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Шейные и подчелюстные лимфоузлы увеличены в размерах, неподвижны, плотной консистенции. Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых не увеличены. Катаральных явлений нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 100/64 мм рт. ст., ЧСС 80 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание не учащено, безболезненно.

Для постановки диагноза на первом этапе следует провести

- 62±9
- 10±6
- 33±17
- 66±11

Результаты обследования

Для уточнения диагноза следует провести

- 62±9
- 10±6
- 33±17
- 66±11

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза и обследования, больному можно поставить диагноз

- 62±9
- 10±6
- 33±17
- 66±11

Диагноз

Исходя из полученных клинических данных, у пациентки лимфома Ходжкина, нодулярный склероз +_____+ стадии

- II B
- II A
- I B
- I S

Пациентам, относящимся к 1 терапевтической группе, рекомендовано начать лечение с проведения

- лучевой терапии
- гормонотерапии
- полихимиотерапии
- иммунотерапии

После окончания химиотерапии лучевая терапия должна начинаться в течение

- 35 дней

- 10 дней
- 25 дней
- 1,5 месяца

Пациентам, относящимся к 1 терапевтической группе, после 2 курсов полихимиотерапии показана лучевая терапия на первично пораженные лимфатические узлы до СОД +_____+ Гр

- 15
- 12
- 20
- 30

Планируемый объем облучения (PTV) включает размеры визуализируемой опухоли по данным МРТ и дополнительный отступ от края опухоли после химиотерапии CTV +_____+ см

- 0,5
- 2,2
- 0,3
- 1

При наличии остаточной опухоли, объемом более 100 мл – СОД лучевой терапии следует эскалировать до ____Гр

- 40
- 45
- 25
- 30

Для проведения лучевой терапии в данном случае рекомендовано +_____+ излучение

- близкофокусное рентгеновское
- электронное
- протонное
- фотонное

В первый год после лечения рекомендуется делать компьютерную томографию шеи, грудной клетки каждые

- 2 месяца
- 1,5 месяца
- 3 месяца
- 3 недели

В отдаленном периоде после проведенной лучевой терапии у данного пациента ожидается

- 2 месяца
- 1,5 месяца
- 3 месяца
- 3 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная К., 47 лет, обратилась к радиотерапевту для решения вопроса о необходимости проведения лучевой терапии.
Жалобы
На слабость, утомляемость
Анамнез заболевания
Менопауза 3 года. При УЗИ в ходе ежегодной диспансеризации выявлено увеличение М−эхо до 8 мм, в отделении гинекологии в ГКБ по месту жительства выполнено раздельное выскабливание полости матки, цервикального канала под контролем гистероскопии. Гист. № 4678−84−умереннодифференцированная аденокарцинома во всех фрагментах соскоба. При обследовании − инвазивная опухоль тела матки без явных признаков распространения на шейку матки и яичники. Данных за лимфогенное и отдаленное органное метастазирование не получено. Оперирована 25-06-2019 в плановом порядке в онкологическом диспансере по месту жительства в объеме эндоскопической пангистерэктомии. Гист.№ 114654-87/19- умеренно дифференцированная аденокарцинома эндометрия с инвазией в миометрий на 0,5 см при толщине миометрия 1,2 см с внутрисосудистой инвазией опухоли, распространением на истмический отдел и строму шейки матки до 0,4 см. Направлена на консультацию радиотерапевта
Анамнез жизни
Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергоанамнез:не отягощен.В детстве:ветряная оспа.Инфекционные заболевания:отрицает. Перенесенные заболевания. Хронический аутоиммунный тиреоидит с 35 лет. Узлы щитовидной железы. Перенесенные ранее операции: 1999 год − эндоскопическая холецистэктомия. Сифилиса не было.Туберкулеза нет. Злокачественные опухоли у родственников:мать − рак матки. Сестра − рак поперечно−ободочной кишки. Тетка по матери − рак молочной железы. Психических отклонений нет.Не курит.Алкоголь не употребляет.Наркотики не употребляет. Эпидемиологический анамнез:Контактов с заболевшими корью, гриппом до поступления не было, вакцинация против кори, гриппа в настоящее время противопоказана по основному заболеванию. Профессиональные вредности не отмечены: работает учителем в ГБУО №136 г. Моршанска.
Объективный статус
Положение активное.Общее состояние удовлетворительное.Телосложение астеническое. Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски.Лимфатические узлы нормальных размеров.Костно-мышечный аппарат

без патологии.Щитовидная железа не увеличена, узловые образования отчетливо не пальпируются.Молочные железы не изменены, узловые образования отчетливо не пальпируются. Неврологический статус. Речь ясная, ориентирована во времени и пространстве. Сознание ясное. Менингеальной и неврологической симптоматики не отмечается. Органы кровообращения. Пульс ритмичный 68 ударов в мин.нормального наполнения.Тоны сердца ясные.Шумы сердца не выявлены.Границы сердца в пределах нормы.АД:100/70 мм.рт. ст Органы дыхания. Дыхание свободное.Одышки нет.Перкуторно легочный звук над всеми областями.Дыхание (аускультативно)везикулярное, проводится равномерно.Хрипы не прослушиваются. Мочевыделительная система. Область почек не изменена.Почки не пальпируются.Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.Мочеиспускание не учащено, безболезненно. Органы пищеварения. Язык влажный,чистый.Живот правильной формы.Живот в акте дыхания участвует равномерно.Его форма не изменена.При пальпации живот мягкий, безболезненный.При перкуссии - патология не выявлена.Аускультативно - патология не выявлена.Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.Грыжевые выпячивания не выявлены.Граница печени при перкуссии в пределах нормы.При пальпации печень безболезненна.Печеночная тупость в нормальных пределах.Селезенка не пальпируется.Ее границы не изменены.Стул нормальный.

Обязательным для определения тактики лечения больной раком тела матки при первичном обращении к врачу−радиотерапевту является

- 2 месяца
- 1,5 месяца
- 3 месяца
- 3 недели

Результаты обследования

Для установления экстрагенитального распространения инструментальное обследование больной с подозрением на рак тела матки начинают с

- 2 месяца
- 1,5 месяца
- 3 месяца
- 3 недели

Результаты обследования

На основании дооперационного обследования и послеоперационного гистологического заключения больной должен быть установлен клинический диагноз +_____+ Рак тела матки +_____+ стадии

- 2 месяца
- 1,5 месяца
- 3 месяца

- 3 недели

Диагноз

На основании дооперационного обследования и данных послеоперационного гистологического исследования удаленного материала больная относится к группе +_____+ риска

- крайне высокого
- промежуточно−высокого
- высокого
- промежуточного

К факторам, определяющим прогноз течения заболевания у данной пациентки, можно отнести

- возраст больной
- наличие свободной жидкости в малом тазу при МРТ до хирургического лечения
- распространение опухоли на шейку матки с инвазией стромы
- умеренную дифференцировку аденокарциномы эндометрия

В послеоперационном периоде у данной больной целесообразно проводить

- лучевую терапию с последующей гормонотерапией
- только лучевую терапию
- только гормонотерапию
- химио−лучевую терапию

Оптимальным вариантом лучевого лечения у данной больной можно считать проведение

- системной радиойодтерапии
- дистанционной лучевой терапии на область таза ± брахитерапии на культю влагалища
- дистанционной лучевой терапии на область тазовых лимфоузлов± аппликационной брахитерапии
- рентгенотерапии на культю влагалища

Послеоперационную лучевую терапию при раке тела матки в группах высокого риска прогрессирования следует начинать в срок

- не позднее 20 недель после хирургического лечения по достижении полного заживления культи влагалища
- не позднее 6 недель после хирургического лечения вне зависимости от степени заживления культи влагалища
- не позднее 12 недель после хирургического лечения, сроки зависят от степени заживления культи влагалища

- через 8 недель после хирургического лечения вне зависимости от степени заживления культи влагалища

Оптимальным режимом проведения адъювантного дистанционного облучения у больных раком тела матки II стадии является облучение всего

- запланированного объема PTVсум РОД 1,8−2Гр 5 раз в неделю до СОД 46−50Гр в сочетании с внутривлагалищной брахитерапией РОД5Гр 3 фракции в неделю, всего 4 фракции
- запланированного объема РОД 3 Гр 5 раз в неделю до СОД 30 Гр, далее − зон регионарного лимфооттока РОД 2,5 Гр до СОД 46−50 Гр
- объема таза РОД3Гр 3 раза в неделю до СОДэкв 50 Гр, облучение парааортальной области РОД 1,8Гр 5 раз в неделю до СОД40 Гр
- запланированного объема таза РОД 2, Гр 3-4 раза в неделю до СОДэкв 50 Гр в сочетании с внутривлагалищной брахитерапией РОД5 Гр 1 фракция в неделю, всего 4 фракции

Обязательными для оконтуривания анатомическими структурами с целью расчета подводимых толерантных доз по гистограммам доза−объем (DVH) при стандартных вариантах лучевой терапии рака тела матки являются

- влагалище, мочевой пузырь, прямая кишка с анусом
- хиазма, ипсилатеральные бронхо−пульмональные лимфоузлы
- пахово−бедренные лимфоузлы
- пищевод, левое легкое, сердце, ипсилатеральные бронхо−пульмональные лимфоузлы

После окончания лучевой терапии данной больной показано проведение

- динамического наблюдения
- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- таргетной терапии бевацизумабом
- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет

При установлении прогрессирования заболевания после комбинированного лечения рака тела матки II стадии в виде метастазов в тазовых лимфатических узлах лечение должно начинаться с

- динамического наблюдения
- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- таргетной терапии бевацизумабом
- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 52 лет направлена районным онкологом в федеральный онкологический центр для решения вопроса о проведении адъювантного лучевого лечения.

Жалобы

На отсутствие позыва к акту мочеиспускания, необходимость «тужиться» при мочеиспускании и акте дефекации, нарушение сна (бессонницу).

Анамнез заболевания

В апреле 2019 года при обследовании по поводу болевого синдрома в поясничной области, при МРТ пояснично−крестцового отдела позвоночника выявлено образование шейки матки. В ЦКБ г. Долгопрудный 11-04-2019 - госпитализация из поликлиники, с приема гинеколога в связи с кровотечением из половых путей. Выполнена цервикоскопия, выскабливание цервикального канала, биопсия шейки матки. В полость матки пройти не удалось из-за атрезии цервикального канала. Гистологическое заключение № 8550-8552 - комплексы умеренно дифференцированного инвазивного плоскоклеточного рака. Обратилась на консультацию в НМИЦ ПАГ им. Кулакова В.И. 23-05-2019 оперирована в объеме расширенной экстирпации матки с придатками Piver IIIC1. Гистологическое заключение №33919/1-39/19- умеренно дифференцированный плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки 3х2,5 из крупных клеток, с участками папиллярного типа строения по поверхности, с инвазией широкими и узкими тяжами, крупными и мелкими солидными комплексами в строму шейки на глубину до 0,7см, без инвазии в параметрии, с лимфо-васкулярной инвазией. В клетчатке параметрия, тазовых лимфатических узлах без метастазов. Многоузловая миома матки. В послеоперационном периоде - нарушение позыва на акты мочеиспускания и дефекации. Получала лечение (лекарственную терапию, электромиостимуляцию мочевого пузыря у уролога в МОНИКИ). Направлена на консультацию радиотерапевта.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергоанамнез:не отягощен.Инфекционные заболевания:отрицает. Сопутствующие заболевания: Киста правой молочной железы. Нейрогенная слабость мочевого пузыря. Травм не отмечает. Перенесенные ранее операции:2004 - удаление липомы кожи спины.Наследственность не отягощена.Сифилиса не было.Туберкулеза нет.Психических отклонений нет.Курит:1/2 пачки в день.Алкоголь не употребляет.Наркотики не употребляет.Эпидемиологический анамнез:контакты с заболевшими корью отрицает.Профессиональные вредности не отмечены.

Объективный статус

Настоящее состояние Положение активное.Общее состояние удовлетворительное.Телосложение астеническое.Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски.Лимфатические узлы нормальных размеров.Костно-мышечный аппарат без патологии.Щитовидная железа не увеличена.Молочные железы изменены: в правой молочной железе в верхне−наружном квадранте пальпируется образование до 1 см туго−эластической консистенции. УЗИ молочных желез от 29.04.2019г. В

верхне−наружном квадранте правой молочной железы визуализируется образование анэхогенной структуры 7 мм с четкими границами. Неврологический статус.На момент осмотра не отягощен. Органы кровообращения. Пульс ритмичный 74 ударов в мин.нормального наполнения.Тоны сердца ясные.Шумы сердца не выявлены.Границы сердца в пределах нормы.АД:100/70мм.рт.ст. Органы дыхания. Дыхание свободное.Одышки нет. Перкуторно легочный звук над всеми областями.Дыхание (аускультативно)везикулярное, проводится равномерно.Хрипы не прослушиваются. Мочевыделительная система. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание не учащено, безболезненно. Мочится по часам, позыв не чувствует. Натуживание при мочеиспускании. Гинекологический анамнез. Количество беременностей: 2. Роды: 0. Аборты: 2. Менопауза с: 39 лет. Гинекологические заболевания: Ранняя менопауза с 39 лет (с-м истощенных яичников). Миома матки. Органы пищеварения. Язык влажный,чистый. Живот правильной формы.Живот в акте дыхания участвует равномерно. Его форма не изменена. При пальпации живот мягкий, безболезненный. При перкуссии - патология не выявлена. Аускультативно - патология не выявлена. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Грыжевые выпячивания не выявлены. Граница печени при перкуссии в пределах нормы. При пальпации печень безболезненна. Печеночная тупость в нормальных пределах. Селезенка не пальпируется. Отмечаются запоры, необходимость натуживания при акте дефекации.

Обследование пациентки при обращении к врачу−радиотерапевту следует начать с

- динамического наблюдения
- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- таргетной терапии бевацизумабом
- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет

Результаты обследования

Для установления диагноза и решения вопроса о тактике лечения больной с подозрением на злокачественную опухоль шейки матки первостепенное значение имеет выполнение

- динамического наблюдения
- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- таргетной терапии бевацизумабом
- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет

Результаты обследования

Для выявления метастатического поражения тазовых лимфатических узлов на этапе первичной диагностики наиболее информативным методом обследования является

- динамического наблюдения
- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- таргетной терапии бевацизумабом
- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет

Результаты обследования

На основании данных анамнеза и послеоперационного гистологического исследования врачу−радиотерапевту следует установить данной больной диагноз +_____+ Рак шейки матки +_____+ стадии

- динамического наблюдения
- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- таргетной терапии бевацизумабом
- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет

Диагноз

На основании дооперационного обследования и данных послеоперационного гистологического исследования удаленного материала, больная относится к группе_____ риска

- высокого
- низкого
- промежуточного
- очень высокого

Исходя из полученных клинико-диагностических данных больной показано проведение

- адъювантной внутриполостной лучевой терапии
- адъювантной конформной дистанционной лучевой терапии на фоне химиорадиомодификации Карбоплатином AUC 2 с еженедельным введением
- тщательного динамического наблюдения в связи с послеоперационными нарушениями мочеиспускания и дефекации
- адъювантной сочетанной лучевой терапии

При проведении внутриполостной лучевой терапии у больной необходимо облучение

- всей влагалищной трубки в РОД 2,5−3 Гр ежедневно в эквивалентной дозе 30 Гр в сроки от 6 до 12 недель после хирургического вмешательства
- культи влагалища РОД 3–5 Гр 2–3 раза в неделю в эквивалентной дозе СОД 21–25 Гр
- только вагинального рубца РОД 7−10Гр два раза в неделю в эквивалентной дозе 40 Гр

- только верхней трети влагалища в эквивалентной дозе 30 Гр с применением эндоректальных эндостатов для профилактики поздних лучевых стенозов влагалища

Оптимальным режимом проведения адъювантного дистанционного облучения в случае его проведения у данной больной является

- гамма−терапия в статическом режиме с двух противолежащих полей на область малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр
- конформная лучевая терапия малого таза и зон регионарного метастазирования (4-х польное облучение, IMRT)
- стереотаксическое облучение малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 3 Гр 3 раза в неделю до СОДэкв 50 Гр, облучение парааортальной области РОД 1,8 Гр 5 раз в неделю до СОД 40 Гр
- гамма−терапия в режиме многоосевой ротации на область малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр

Оптимальный срок начала адъювантного лучевого лечения при раке шейки матки составляет +_____+ дней после операции

- 21–28
- 30-50
- 60-90
- 7−10

«Органами риска» при адъювантной лучевой терапии у данной больной являются

- ребра, пищевод
- почки, печень
- прямая кишка, мочевой пузырь
- печень, легкие

Наиболее частым видом ранних осложнений комбинированного лечения рака шейки матки является

- острый пульмонит
- глаукома
- острая язва желудка
- острый цистит

После выписки из радиологического центра данной пациентке следует рекомендовать

- острый пульмонит

- глаукома
- острая язва желудка
- острый цистит

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 32 лет обратилась самостоятельно в федеральный онкологический центр для решения вопроса о проведении адъювантного лучевого лечения.
Жалобы
На нарушение акта мочеиспускания (уменьшение позыва).
Анамнез заболевания
Патология шейки матки в течение 8 лет, специального обследования и лечения не проводилось. В мае 2018 года - первые срочные роды кесаревым сечением в связи с первичной слабостью родовой деятельности. Через 2 месяца после родов при половом акте - контактные кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу. В мазке на онкоцитологию - признаки воспаления. При кольпоскопии - признаки дисплазии шейки матки, ВПЧ+18 типа. Проводилась противовирусная терапия. 5-04-2019 выполнена конизация шейки матки, гистологическое заключение - плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки из крупных клеток, Grade 2, с горизонтальным распространением 1 см, инвазией на всю толщу биопсийных фрагментов на фоне острого цервицита. 3-06-2019 выполнена эндоскопическая экстирпация матки с транспозицией яичников. Гистологическое заключение № 4250/1-35/19- инвазивный умеренно дифференцированный плоскоклеточный неороговевающий рак G2 из крупных клеток с инвазией широкими тяжами в строму на глубину не менее 9мм, с лимфо-васкулярной инвазией. В линии резекции влагалища - без атипичных клеток. В 2 из 31 лимфоузлов − метастазы рака аналогичного строения. В послеоперационном периоде - нагноившаяся гематома в культе влагалища, длительная гипертермия до 38,8 С, проводилось дренирование гематомы через влагалище, антибактериальная терапия до 20-06-2019. Обратилась к радиотерапевту через 6 недель после хирургического лечения. При пересмотре стекол препаратов в федеральном онкологическом центре - номера образцов: 10453-87/19. Готовые препараты 4250/19 1-35 Умеренно дифференцированный плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. Опухоль врастает в строму шейки матки на глубину 0,9 см (более 1/2 толщины стенки шейки матки в области переходной зоны), с лимфо-васкулярной инвазией. Не обнаружено врастания опухоли в эндометрий, миометрий. В крае резекции стенки влагалища опухолевые клетки не обнаружены. Маточные трубы обычного строения. Яичники не представлены. В 2 из 31 регионарных лимфоузлов обнаружены макрометастазы рака аналогичного строения с замещением всей ткани лимфоузла, в 2 лимфоузлах «общие подвздошные слева» − краевые микрометастазы.
Анамнез жизни
Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия

удовлетворительные. Аллергоанамнез:не отягощен.В детстве:ветряная оспа, краснуха.Инфекционные заболевания:отрицает.Сопутствующие заболевания: Сахарный диабет 1 типа с 23 лет, инсулинозависимый, носит помпы. Первичная надпочечниковая недостаточность сразу после ГСГ с контрастом в 2015 году, получает кортикоиды.Травм не отмечает. Перенесенные операции:2015 - вскрытие абсцесса левой ягодичной области. 2015 - замершая беременность - РДВ. 2018 год - кесарево сечение. 5-04-2019 выполнена конизация шейки матки. 3-06-2019 выполнена эндоскопическая экстирпация матки с транспозицией яичников.Наследственность не отягощена.Мать - сахарный диабет 2 типа.Сифилиса не было.Туберкулеза нет.Психических отклонений нет.Не курит.Алкоголь не употребляет.Наркотики не употребляет. Эпидемиологический анамнез:контакт с заболевшими корью отрицает. Профессиональные вредности не отмечены.

Объективный статус

Положение активное.Общее состояние удовлетворительное.Телосложение нормостеническое.Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски.Лимфатические узлы нормальных размеров.Костно-мышечный аппарат без патологии.Щитовидная железа не увеличена. Неврологический статус. Речь ясная, ориентирована во времени и пространстве. Сознание ясное. На вопросы отвечает адекватно. Органы кровообращения. Пульс ритмичный 82 ударов в мин.нормального наполнения. Тоны сердца ясные. Шумы сердца не выявлены.Границы сердца в пределах нормы.АД:110/70 мм.рт.ст. Органы дыхания. Дыхание свободное. Одышки нет. Перкуторно легочный звук над всеми областями. Дыхание (аускультативно)везикулярное, проводится равномерно. Хрипы не прослушиваются. Мочевыделительная система. Область почек не изменена. Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Отсутствуют позывы на мочеиспускание. Гинекологический анамнез. Количество беременностей 2, Роды1. Гинекологические заболевания:эрозия шейки матки. В-1-замершая беременность. Органы пищеварения. Язык влажный,чистый. Живот правильной формы. Живот в акте дыхания участвует равномерно. Его форма не изменена. При пальпации живот мягкий, безболезненный. При перкуссии - патология не выявлена. Аускультативно - патология не выявлена. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Грыжевые выпячивания не выявлены. Граница печени при перкуссии в пределах нормы. При пальпации печень безболезненна. Печеночная тупость в нормальных пределах. Селезенка не пальпируется. Стул нормальный.

Обследование данной пациентки при обращении к врачу−радиотерапевту следует начать с

- острый пульмонит
- глаукома
- острая язва желудка
- острый цистит

Результаты обследования

Для установления диагноза и решения вопроса о тактике лечения больной с подозрением на злокачественную опухоль шейки матки первостепенное значение имеет выполнение

- острый пульмонит
- глаукома
- острая язва желудка
- острый цистит

Результаты обследования

По результатам первичного обследования и гистологического исследования биопсийного конуса, для решения вопроса о тактике лечения данной больной в объем дополнительного инструментального обследования необходимо включить

- магнитно-резонансную томографию головного мозга
- ультразвуковое исследование надпочечников
- остеосцинтиграфию
- МРТ малого таза с внутривенным контрастированием

На основании данных анамнеза и послеоперационного гистологического исследования врачу−радиотерапевту следует установить больной диагноз +_____+ Рак шейки матки +_____+ стадии

- магнитно-резонансную томографию головного мозга
- ультразвуковое исследование надпочечников
- остеосцинтиграфию
- МРТ малого таза с внутривенным контрастированием

Диагноз

На основании данных обследования и гистологического исследования, больная относится к группе +_____+ риска

- очень высокого
- низкого
- промежуточного
- высокого

На основании данных обследования и гистологического исследования больной показано проведение

- только химиотерапии в связи с осложненным течением послеоперационного периода
- динамического наблюдения в связи с осложненным течением послеоперационного периода и характером сопутствующей патологии
- адъювантной химиолучевой терапии

- только адъювантной внутриполостной лучевой терапии в связи с осложненным течением послеоперационного периода и характером сопутствующей патологии

При проведении внутриполостной лучевой терапии у больной необходимо облучение

- культи влагалища в РОД 3–5 Гр 2–3 раза в неделю в эквивалентной дозе СОД 21–25 Гр
- всей влагалищной трубки в РОД 2,5−3 Гр ежедневно в эквивалентной дозе 30 Гр в сроки от 6 до 12 недель после хирургического вмешательства
- только верхней трети влагалища в эквивалентной дозе 30 Гр с применением эндоректальных эндостатов для профилактики поздних лучевых стенозов влагалища
- только вагинального рубца в РОД 7−10 Гр два раза в неделю в эквивалентной дозе 40 Гр

Оптимальным режимом проведения адъювантного дистанционного облучения в случае его проведения у данной больной является

- гамма−терапия в режиме многоосевой ротации на область малого таза и зон регионарного метастазирования в РОД 2,5−3 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр
- гамма−терапия в статическом режиме с двух противолежащих полей на область малого таза и зон регионарного метастазирования в РОД 2,5 Гр−3 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр
- конформная лучевая терапия малого таза и зон регионарного метастазирования 2 Гр 5 раз в неделю до СОД 46−50 Гр
- стереотаксическое облучение малого таза и зон регионарного метастазирования в РОД 3 Гр 3 раза в неделю до СОДэкв 50 Гр, облучение парааортальной области в РОД 1,8 Гр 5 раз в неделю до СОД 40 Гр

Оптимальный срок начала адъювантного лучевого лечения при раке шейки матки составляет +_____+ дней после операции

- 21–28
- 7−10
- 30-50
- 60-90 дней

«Органами риска» при адъювантной лучевой терапии у данной больной являются

- диафрагма, легкие
- надпочечники, почки
- кишечник, мочевой пузырь

- печень, желудок

Для внутриполостного облучения (брахитерапии) при раке шейки матки наиболее часто используются источник ионизирующего излучения

- ^125^ I и 43Tc
- ^169^Yb и 192Ir
- 60Co и 192Ir
- ^103^Pd и ^169^Yb

После выписки из радиологического центра пациентке следует рекомендовать

- ^125^ I и 43Tc
- ^169^Yb и 192Ir
- 60Co и 192Ir
- ^103^Pd и ^169^Yb

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 39 лет направлена районным онкологом в федеральный онкологический центр для решения вопроса о проведении радикального курса лучевой терапии.
Жалобы
На контактные кровянистые выделения из половых путей в течение 2 месяцев.
Анамнез заболевания
В 2010 г. по поводу миомы матки и эндометриоидной кисты яичника в ОКБ г. Чита выполнена надвлагалищная ампутация матки с левыми придатками, резекция правого яичника (выписки нет, со слов больной без опухолевого роста). Регулярно наблюдается у гинеколога, проходит профилактические осмотры. 09-05-2019 г. - незначительные кровянистые выделения из половых путей, самостоятельно лечилась противогрибковыми свечами, на этом фоне мажущие кровянистые выделения из половых путей. 20-05-2019 г. обратилась к гинекологу в частный медицинский центр в г. Обнинск. При УЗИ выявлено образование шейки матки. 29−05−2019 г. выполнена биопсия шейки матки. Гистологическое заключение №.5947-1 CIN II. Проводилась противовирусная терапия. В цитограмме с шейки матки от 1−07−2019 г. − CIN III, в отдельных участках − картина инвазивного плоскоклеточного рака шейки матки. 12-07-2019 г. выполнена конизация шейки матки в Калужском областном онкологическом диспансере. Гистологическое исследование №30294/19 - плоскоклеточный рак шейки матки, инвазия на всю глубину конуса, не менее 7 мм. От хирургического лечения больная категорически отказалась. Направлена на консультацию радиотерапевта в РНЦРР.
Анамнез жизни
Росла и развивалась по возрасту. Сопутствующие заболевания: I10

Эссенциальная [первичная] гипертензия II ст. Инсулиннезависимый сахарный диабет. Аллергоанамнез:гентамицин, оксациллин - крапивница. В детстве:Ветряная оспа. Корь. Травм не отмечает. Перенесенные операции:в 2010 г. по поводу миомы матки 16 недель и эндометриоидной кисты яичника в ОКБ г. Чита выполнена надвлагалищная ампутация матки с левыми придатками, резекции правого яичника. Отягощенная наследственность:Мать - сахарный диабет. Сифилиса не было. Туберкулеза нет. Злокачественные опухоли у родственников: нет. Психических отклонений нет. Не курит. Алкоголь не употребляет. Наркотики не употребляет. Профессиональные вредности не отмечены.
Гинекологический анамнез: Количество беременностей4. Роды2. Аборты:медицинский − 1, самопроизвольный -1. Менопауза с 30лет. Гинекологические заболевания: «Эрозия» шейки матки с 1999 года, обследование не проводилось, лечение по месту жительства, несмотря на регулярные обращения, не предлагалось.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 170 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется ясный лёгочный звук, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 99% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 120/85 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Для верификации характера патологического процесса на шейке матки у данной больной требуется обязательное выполнение

- ^125^ I и 43Tc
- ^169^Yb и 192Ir
- 60Co и 192Ir
- ^103^Pd и ^169^Yb

Результаты обследования

Обязательным диагностическим исследованием для уточнения местной распространенности опухоли шейки матки является

- ^125^ I и 43Tc
- ^169^Yb и 192Ir
- 60Co и 192Ir
- ^103^Pd и ^169^Yb

Результаты диагностического обследования

На основании проведенного клинико−инструментального обследования больной может быть установлен диагноз +_____+ Рак шейки матки +_____+ стадии

- ^125^ I и 43Tc
- ^169^Yb и 192Ir
- 60Co и 192Ir
- ^103^Pd и ^169^Yb

Диагноз

Наиболее информативным и прогностически значимым в диагностике плоскоклеточного рака шейки матки является определение в крови онкомаркера

- ^125^ I и 43Tc
- ^169^Yb и 192Ir
- 60Co и 192Ir
- ^103^Pd и ^169^Yb

Результаты обследования

У больных раком культи шейки матки IIb стадии лучевая терапия проводится

- только при погрессировании; «методом выбора» первичного лечения является полицикловая химиотерапия с последующим радикальным хирургическим вмешательством
- только по жизненным показаниям
- только в рамках паллиативной терапии
- по радикальной программе

Согласно данных анамнеза, клинического обследования, установленной стадии заболевания и предпочтений больной, на данном этапе пациентке целесообразно провести

- только внутриполостное облучение (брахитерапию)
- адъювантную сочетанную лучевую терапию на фоне еженедельного введения Цисплатина в дозе 20 мг/м^2^ на протяжении лучевой терапии
- системную радиойодтерапию

- сочетанную ЛТ + еженедельное введение цисплатина в дозе 40 мг/м на протяжении лучевой терапии

Радикальная сочетанная лучевая терапия при раке шейки матки предусматривает сочетание

- дистанционной и внутритканевой лучевой терапии
- внутриполостной и внутритканевой лучевой терапии
- дистанционной и внутриполостной лучевой терапии
- лучевой терапии и химиотерапии

Для внутриполостного облучения (брахитерапии) при раке шейки матки наиболее часто используются источники ионизирующего излучения

- ^103^Pd
- 60Co и 192Ir
- ^125^ I
- ^169^Yb

При лечении больных раком культи шейки матки по радикальной программе суммарные дозы от курса сочетанной лучевой терапии в зоне первичного очага (D90 HR−CTV или в т. А) составляют +_____+ Гр

- 80−90
- 46−50
- 60
- 70

Объемное планирование брахитерапии при раке шейки матки предусматривает предписание дозы на

- точку R
- точку B
- точку A
- HR−CTV

Оптимальным режимом проведения дистанционного облучения при радикальной лучевой терапии рака шейки матки является

- конформная лучевая терапия малого таза и зон регионарного метастазирования (4-х польное облучение, IMRT). Режим фракционирования, принятый в России, 2 Гр 5 раз в неделю до СОД 46−50 Гр
- гамма−терапия в режиме многоосевой ротации на область малого таза и зон регионарного метастазирования в РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр

- стереотаксическое облучение малого таза и зон регионарного метастазирования в РОД 3 Гр 3 раза в неделю до СОДэкв 50 Гр, облучение парааортальной области РОД 1,8 Гр 5 раз в неделю до СОД 40 Гр
- гамма−терапия в статическом режиме с двух противолежащих полей на область малого таза и зон регионарного метастазирования в РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр

После выписки из радиологического центра данной пациентке следует рекомендовать

- конформная лучевая терапия малого таза и зон регионарного метастазирования (4-х польное облучение, IMRT). Режим фракционирования, принятый в России, 2 Гр 5 раз в неделю до СОД 46−50 Гр
- гамма−терапия в режиме многоосевой ротации на область малого таза и зон регионарного метастазирования в РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр
- стереотаксическое облучение малого таза и зон регионарного метастазирования в РОД 3 Гр 3 раза в неделю до СОДэкв 50 Гр, облучение парааортальной области РОД 1,8 Гр 5 раз в неделю до СОД 40 Гр
- гамма−терапия в статическом режиме с двух противолежащих полей на область малого таза и зон регионарного метастазирования в РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 35 лет через 2 месяца после оперативных родов направлена районным онкологом в федеральный онкологический центр для решения вопроса о проведении адъювантного лучевого лечения.
Жалобы
На умеренную слабость.
Анамнез заболевания
При постановке на учет в женской консультации по месту жительства выявлено увеличение шейки до 5 см в диаметре с наличием множественных вегетаций на поверхности. В связи с подозрением на опухоль шейки матки проведено комплексное обследование, на сроке 17 нед. беременности выполнена расширенная кольпоскопия, биопсия шейки матки. Гистологическое исследование № 33789 − железисто−плоскоклеточный рак. Установлен рак шейки матки Ib2 стадии, в связи с желанием больной сохранить беременность проведено 6 курсов неоадъювантной ПХТ (Паклитаксел+Карбоплатин). Плод развивался в соответствии со сроками гестации. На сроке 32 нед. − преждевременный разрыв плодных оболочек, преждевременная отслойка низко

расположенной плаценты. Выполнено хирургическое вмешательство - корпоральное кесарево сечение, операция Вертгейма, транспозиция яичников. Послеоперационный период протекал гладко. Направлена районным онкологом в федеральный онкологический центр для решения вопроса о проведении адъювантного лучевого лечения.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. В декретном отпуске.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 45 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. * Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы. * Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 99% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 70 уд в мин, АД 120/80 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Обследование пациентки при обращении к врачу−радиотерапевту следует начать с

- конформная лучевая терапия малого таза и зон регионарного метастазирования (4-х польное облучение, IMRT). Режим фракционирования, принятый в России, 2 Гр 5 раз в неделю до СОД 46−50 Гр
- гамма−терапия в режиме многоосевой ротации на область малого таза и зон регионарного метастазирования в РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр
- стереотаксическое облучение малого таза и зон регионарного метастазирования в РОД 3 Гр 3 раза в неделю до СОДэкв 50 Гр, облучение парааортальной области РОД 1,8 Гр 5 раз в неделю до СОД 40 Гр
- гамма−терапия в статическом режиме с двух противолежащих полей на область малого таза и зон регионарного метастазирования в РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр

Результаты обследования

Для установления диагноза и решения вопроса о тактике ведения больной раком шейки матки первостепенное значение имеет выполнение

- рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях
- остеосцинтиграфии
- гистологического исследования
- ультразвуковое исследование органов малого таза

Для выявления метастатического поражения лимфатических узлов на этапе первичной диагностики наиболее информативным методом обследования является

- рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях
- остеосцинтиграфии
- гистологического исследования
- ультразвуковое исследование органов малого таза

Результаты обследования

Гистологическое заключение
Плоскоклеточный ороговевающий рак шейки матки с инвазией на глубину 1,7 см и распространением в эндоцервикс протяженностью до 1,1 см, с опухолевыми эмболами в просвете микрососудов шейки матки. В крае резекции без опухолевого роста. В лимфоузлах с обеих сторон метастазов не выявлено.
На основании данных анамнеза и послеоперационного гистологического исследования врачу−радиотерапевту следует установить больной диагноз

- рентгенографии органов грудной клетки в двух проекциях
- остеосцинтиграфии
- гистологического исследования
- ультразвуковое исследование органов малого таза

Диагноз

На основании дооперационного обследования и данных послеоперационного гистологического исследования удаленного материала, больная относится к группе +_____+ риска

- высокого
- низкого
- промежуточного
- очень низкого

Исходя из полученных клинико-диагностических данных дооперационного обследования и послеоперационного гистологического исследования удаленного материала, больной на данном этапе показано проведение

- динамического наблюдения
- адъювантной сочетанной лучевой терапии
- адъювантной внутриполостной лучевой терапии
- адъювантной дистанционной лучевой терапии на фоне химиорадиомодификации Карбоплатином AUC 2 с еженедельным введением

При проведении внутриполостной лучевой терапии у больной необходимо облучение

- только верхней трети влагалища в эквивалентной дозе 30 Гр с применением эндоректальных эндостатов для профилактики поздних лучевых стенозов влагалища
- культи влагалища РОД 3–5 Гр 2–3 раза в неделю в эквивалентной дозе СОД 21–25 Гр
- только вагинального рубца РОД 7−10 Гр два раза в неделю в эквивалентной дозе 40 Гр
- всей влагалищной трубки РОД 2,5−3 Гр ежедневно в эквивалентной дозе 30 Гр в сроки от 6 до 12 недель после хирургического вмешательства

Оптимальным режимом проведения адъювантного дистанционного облучения у больных раком шейки матки промежуточного риска прогрессирования с транспонированными яичниками является

- конформная лучевая терапия малого таза и зон регионарного метастазирования (4-х польное облучение, IMRT)
- гамма−терапия в режиме многоосевой ротации на область малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр
- гамма−терапия в статическом режиме с двух противолежащих полей на область малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр
- стереотаксическое облучение малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 3 Гр 3 раза в неделю до СОДэкв 50 Гр, облучение парааортальной области РОД 1,8 Гр 5 раз в неделю до СОД 40 Гр

Послеоперационное лучевое лечение при раке шейки матки проводится через +_____+ дней после операции

- 21–28
- 48-60
- 14-15
- 90-120

В случае рецидива в малом тазу (без отдаленных метастазов), пациентке, которой ранее проведена ЛТ, рекомендованы

- сочетание химиотерапии и дистанционной лучевой терапии
- повторная дистанционная лучевая терапия
- системная химиотерапия
- повторная брахитерапия

После выписки из стационара радиологического центра пациентке следует рекомендовать

- адъювантную химиотерапию
- заместительную гормональную терапию
- курсы фотодинамической терапии
- плановое динамическое наблюдение

После окончания лечения по поводу рака шейки матки Ib2 стадии промежуточного риска прогрессирования, развившегося на фоне беременности, наблюдение у районного онколога показано с периодичностью

- адъювантную химиотерапию
- заместительную гормональную терапию
- курсы фотодинамической терапии
- плановое динамическое наблюдение

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 32 лет обратилась к врачу-радиотерапевту.
Жалобы
На примесь крови к калу, тенезмы, дискомфорт в прямой кишке, боли в промежности.
Анамнез заболевания
Считает себя больной в течение 3-4 месяцев, когда появились и стали нарастать вышеперечисленные жалобы. Обследована по месту жительства, где и установлен настоящий диагноз. При обследовании: Видеоколоноскопия Видеоколоноскоп проведен в купол слепой кишки и далее в терминальный отдел подвздошной кишки. Осмотрены до 10 см подвздошной кишки, просвет не деформирован, слизистая розового цвета, бархатистая. Баугиниева заслонка полулунной формы, устье ее сомкнуто, ориентировано в купол слепой кишки, функционирует (при аспирации воздуха "парусит"). Устье червеобразного отростка четко визуализируется, не изменено. Просвет осмотренных отделов толстой кишки не деформирован, в просвете мутное жидкое содержимое в незначительном количестве - полностью аспирировано. Складки выражены, полулунной и треугольной формы, хорошо расправляются при инсуффляции, тонус кишки сохранен, перистальтика активная. Слизистая купола, восходящего, поперечного и нисходящего отделов ободочной, сигмовидной и прямой кишки на всем протяжении розового цвета, блестящая, сосудистый

рисунок прослеживается во всех отделах. Сигмовидная кишка удлинена, создает дополнительные изгибы, плохо сборивается. В анальном канале по передней полуокружности определяется экзофитная опухоль суживающая просвет кишки на ½ (эндоскоп проведен), слизистая ярко гиперемирована,. отечная, контактно кровоточит
Заключение: Опухоль анального канала. Эндоскопические признаки долихосигмы. Гист. - умеренно-дифференцированный плоскоклеточный рак G2
КТ органов грудной клетки На серии аксиальных томограмм органов грудной клетки очаговых и и Инфильтративных изменений легких не выявлено. Пневматизация и васкуляризация долей и сегментов равномерная. Легочной интерстиций не изменен. Бронхи прослежены до уровня субсегментарных ветвей, стенки не изменены, просветы свободны. Трахея воздушна. Структуры средостения и корней легких дифференцированы. Интраторакальные лимфатические узлы не увеличены. Выпота в серозных полостях нет, листки плевры тонкие, ровны Форма и размеры сердца соответствуют возрасту пациента, листок перикарда тонки Магистральные сосуды обычного калибра.
Видеоэзофагогастродуоденоскопия Осмотр в белом свете и в режиме узкого спектра. Слизистая оболочка пищевода светло-розового цвета, визуально не изменена на всем протяжении. Граница плоского и железистого эпителия на уровне пищеводного отверстия диафрагмы -41 см. Розетка кардии на 42 см эластичная, смыкается полностью. В желудке небольшое количество прозрачной слизи, стенки эластичные, слизистая оболочка бледно-розовая. Складки большой кривизны мягкие, подвижные, при инсуффляции воздуха расправляются полностью. Перистальтика прослеживается во всех отделах. Кольцо привратника эластичное. Луковица 12п.к. правильной формы, слизистая оболочка ее бледно-розовая. В постбульбарном отделе 12п.к. слизистая оболочка так же розовая, Фатеров сосочек визуально не изменен.
Заключение: Недостаточность кардии. Эндоскопическая картина поверхностного гастрита. Поступила для проведения химиолучевой терапии.
ДИАГНОЗ С21 Рак анального кпанала IIIA ст cT2N1M0 G2

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: Хронический поверхностный гастрит в фазе ремиссии. Недостаточность кардии (К29); * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * онкологический анамнез отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 162 см. Температура тела 36,6°С. Телосложение нормостеническое. Кожные покровы, слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при пальпации. Видимой костно-суставной патологии не выявлено. Движения в суставах в полном объеме. Пульс ритмичный. 74 в 1 мин., симметричный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Носовое дыхание не нарушено. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца не изменены, шумов нет. АД 115/79 мм рт. ст. ЧДД - 16 в минуту. Живот при глубокой пальпации мягкий, безболезненный, симптомов раздражения брюшины нет. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Поколачивание в проекции 12 ребра с

обеих сторон безболезненное. Физиологические отправления в норма. Патологии со стороны чмн не выявлено. Критична к себе и окружающим. Ориентирована в пространстве и времени. Местный статус: оволосенение по женскому типу. Область промежности не изменена. Влагалище емкое, рожавшей женщины. Слизистая оболочка бледно-розовая, гладкая, смещаемая. Шейка матки конусовидной формы, бледно-розовая, тракция сохранена, безболезненна. Анус сомкнут. Перианальная область не изменена. При пальцевом исследовании тонус и волевые усилия сохранены. Слизистая смещаемая, складчатая. В анальном канале пальпируется крупнобугристая опухоль, занимающая переднюю полуокружность 3 см в наибольшем измерении . Ретровагинальная перегородка не изменена. Просвет сужен, пропускает с один палец. На перчатке кровь. Осмотр умеренно болезненный. В паховой области справа пальпируется увеличенный лимфатический узел до 2 см, безболезненный, подвижный относительно окружающих тканей
Необходимыми инструментальными методами обследования для определения дальнейшей тактики лечения, являются

- адъювантную химиотерапию
- заместительную гормональную терапию
- курсы фотодинамической терапии
- плановое динамическое наблюдение

Результаты инструментальных методов обследования

Вариантом лечения при раке анального канала IIIA ст cT2N1M0 G2 на первом этапе является

- хирургическое лечение
- химиолучевая терапия по радикальной программе
- фотодинамическая терапия
- иммунотерапия

Режимом химиотерапии, который применяется в одновременной химиолучевой терапии рака прямой кишки, является

- фолиниевая кислота в сочетании с 5- фторурацилом и оксалиплатином (FOLFOX) по схеме
- цисплатин 60мг/м^2^ в/в капельно на фоне гидро-и дегидротации в 1 и 29 дни
- капецитабин 500 мг/м^2^ в сочетании с оксалиплатином 130 мг/м^2^ (XELOX)
- фолиниевая кислота в сочетании с 5-фторурацилом и иринотеканом 4 цикла каждые 14 дней (FOLFIRI)

При предлучевой подготовке, фиксирующим устройством, которое может быть использована для иммобилизации пациента, является

- вакуумный матрац для лучевой терапии
- термопластическая сетка
- breast board
- загубник

Шаг КТ-сканирования составляет +_____+ мм

- 1
- 0,5
- 3-5
- 10

В макроскопический объем опухоли (GTVt,n) в данной клинической ситуации необходимо включить

- первичную опухоль, метастатически измененные лимфатические узлы
- первичную опухоль и все лимфатические узлы малого таза, паховой области и парааортальные лимфатические узлы
- первичную опухоль и пресакральную клетчатку
- обтураторные лимфатические узлы и ампулу прямой кишки

В клинический объем опухоли (CTVt) в данной клинической ситуации необходимо включить

- GTVt + 1 см вверх и вниз + 2см вперед, назад и латерально
- GTVt + 3,5 см вверх и вниз + 2,5 см вперед, назад и латерально
- GTVt + 3 см вверх и вниз + 2см вперед, назад и латерально
- GTVt + 2 см вверх и вниз + 1см вперед, назад и латерально

В клинический объем опухоли (CTVn) в данной клинической ситуации необходимо включить GTVn {plus} +_____+ см (исключить кости, мышцы, воздушные структуры)

- 2
- 1
- 2,5
- 3

Формирование PTV при раке анального канала происходит путем объединения CTVt и CTVn {plus} +_____+ см (исключаются кости, мышцы, воздушные структуры)

- 3
- 1
- 0,5
- 2

Разовая очаговая доза (РОД), суммарная очаговая доза (СОД) на PTV составляет РОД +_____+ Гр, СОД +_____+ Гр

- 1,8-2; 44-46Гр, затем на первичную опухоль до СОД-56-58Гр
- 2,5; 60
- 3,5; 56
- 3; 51

Толерантные дозы для нормальных тканей определяют по рекомендации

- EORTC
- RTOG
- ВОЗ
- QUANTEC

Максимально допустимая доза на мочевой пузырь составляет V +_____+ < +_____+%

- EORTC
- RTOG
- ВОЗ
- QUANTEC

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 58 лет направлена к врачу-радиотерапевту .
Жалобы
Не предъявляет.
Анамнез заболевания
В июне 2019 г. у пациентки 58 лет на фоне 8 лет постменопаузы появились мажущие кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства. При гинекологическом осмотре: в зеркалах: шейка матки не увеличена, слизистая бледно-розовая, атрофичная, визуально без атипии. При ректо-вагинальном исследовании шейки матки не увеличена, обычной консистенции, своды не инфильтрированы. Матка не несколько увеличена, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не пальпируются. Параметрии с обеих сторон не инфильтрированы. Ректо-вагинальная перегородка не инфильтрирована. По данным УЗИ малого таза диагностирована патология эндометрия (М-хо 8 мм), с признаками инвазии в миометрий. Рекомендована консультация онколога. Выполнено раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии. Гистологическое заключение: высокодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома. Диагноз: рак тела матки Iв ст. (cT1bN0M0) Обсуждена на консилиуме с участием хирурга-онколога, радиотерапевта, химиотерапевта: показано хирургическое лечение. В июле 2019г выполнено хирургическое лечение в объеме: Экстирпация матки с

придатками. По данным гистологического исследования операционного материала: умереннодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома с инфильтративным ростом в миометрий на 11мм (при толщине 20мм), опухолевой инвазией сосудистых щелей миометрия. Опухолевые эмболы в лимфатических щелях. Цервикальный канал интактен. В крае резекции влагалища без опухолевого роста. Пациентка повторно обсуждена на консилиуме с участием хирурга-онколога, радиотерапевта, химиотерапевта: учитывая стадию заболевания, дифференцировку опухоли, отсутствие лимфаденэктомии во втором этапе комбинированного лечения показано проведение сочетанной лучевой терапии.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст., риск ССО 2. Хронический гастрит. Ремиссия; * не курила и не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергоанамнез не отягощен; * онкологический анамнез отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, нормостеник. Вес 76 кг, рост 168 см. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 16 в мин. Верхушечный точек определяется в 5-ом межреберье +2 см левее среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные. АД-135/75 мм рт.ст., Ps-76 в мин., d=S, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Живот не увеличен, равномерно участвует в акте дыхания, симметричный, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Пальцевое исследование прямой кишки: пальпаторно опухолевые образования не определяются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. При гинекологическом осмотре: Наружные половые органы развиты правильно. Уретра без особенностей. Культя влагалища сформирована правильно, в куполе без некротических наложений, несколько отечна. В малом тазу параметрии свободны.

Для определения дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

- EORTC
- RTOG
- ВОЗ
- QUANTEC

Результаты обследования

В этом случае для дообследования необходимо определить уровень онкомаркеров

- EORTC
- RTOG
- ВОЗ

- QUANTEC

Результаты определения уровня маркеров

Предполагаемая тактика лечения представлена

- иммунотерапией
- сочетанной лучевой терапией
- внутриполостной лучевой терапией
- химиотерапией

Для иммобилизации пациента при предлучевой подготовке требуются фиксирующее устройство, такое как

- загубник
- подставки под колени
- термопластическая маска
- «крылатый» фрейм

Шаг КТ-сканирования составляет +_____+ мм

- 2,0
- 3,0
- 0,5
- 1,0

Границы сканирования задают сверху +_____+ ; снизу

- нижний край рукоятки грудины; лонное сочленение
- L3 или мечевидный отросток; середина бедра
- нижний край орбиты; яремная вырезка
- Th7 или 10 ребро; вертлужная впадина

Алгоритм передачи данных, полученных при КТ-сканировании органов малого таза, передают на

- планирующую станцию
- лечебный аппарат
- архивацию в планирующей системе
- станцию оконтуривания

Объем мишени для дистанционной лучевой терапии в данной клинической ситуации включает культю влагалища

- зоны обтураторных, внутренних, наружных и общих подвздошных лимфатических узлов

- область параметриев, зоны обтураторных, внутренних, наружных и общих подвздошных лимфатических узлов, пресакральных лимфатических узлов
- область параметриев, зоны обтураторных, внутренних, наружных и общих подвздошных лимфатических узлов
- область параметриев наружных и общих подвздошных лимфатических узлов

В клинический объем опухоли (CTV) в данной клинической ситуации необходимо включить купол культи влагалища

- проксимальный отдел влагалища, регионарные лимфатические узлы с отступом 7 мм вокруг регионарных сосудов
- параметральную и паравагинальную клетчатку, регионарные лимфатические узлы с отступом 7 мм вокруг регионарных сосудов
- параметральную и паравагинальную клетчатку, проксимальный отдел влагалища, регионарные лимфатические узлы с отступом 3 мм вокруг регионарных сосудов, пресакральную зону
- параметральную и паравагинальную клетчатку, проксимальный отдел влагалища, регионарные лимфатические узлы с отступом 7 мм вокруг регионарных сосудов, пресакральную зону

Отступ для планируемого объема опухоли (PTV) следует выбрать с учетом используемых фиксирующих устройств: +_____+ мм для купола культи влагалища, +_____+ мм для паравагинальной, параметральной клетчатки, +_____+ мм для регионарных лимфатических узлов и пресакральной зоны

- 15; 10; 7
- 15; 10; 15
- 10; 15; 5
- 10; 7; 5

Суммарная очаговая доза (СОД) на регионарные зоны составляет +_____+ Гр

- 44-46
- 50-52
- 52-54
- 48-50

Максимально допустимая доза в прямой и сигмовидной кишке в соответствии с параметрами оптимизации Quantec составляет Dmax +___+ Гр

- 44-46
- 50-52

- 52-54
- 48-50

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 54 лет обратился к врачу радиотерапевту по направлению онколога.
Жалобы
На снижение слуха на левое ухо, периодически дискомфорт при глотании, дискомфорт в эпигастральной области, образование в области верхней трети шеи слева
Анамнез заболевания
Пациент самостоятельно обнаружил опухоль в области верхней трети шеи, обследовался по месту жительства, проводилась антибактериальная противовоспалительная терапия без эффекта. Выполнено МСКТ (по данным МСКТ - образование размером 35 х 36 х 40 мм распространяющееся по основанию черепа; также поражены регионарные лимфоузлы), МРТ головы, шеи: образование носоглотки размером 36х38х41 мм. По данным пункции лимфоузла шеи низкодифференцированная аденокарцинома. Консультирован онкологом, хирургом. Хирургическое лечение не показано по причине наличия персистирующей формы фибрилляции предсердий. Рекомендована консультация радиотерапевта.
Анамнез жизни
* Персистирующая фибрилляция предсердий; Курит 30 лет 1,5 пачки в день, в настоящее время 10 сигарет, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не принимает; * Профессиональных вредностей не было; * Аллергических реакций не наблюдается; * У отца язвенная болезнь желудка, мать здорова.
Объективный статус
* Состояние относительно удовлетворительное. Рост 190, вес 105 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. При пальпации шеи отмечаются увеличенные до 2-3 см подчелюстные, шейные лимфатические узлы. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. ЧДД 15 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание не учащено, безболезненное. * Общемозговых и менингеальных знаков нет. На момент поступления индекс Карновского 80%.
Рекомендуемым методом исследования регионарных лимфатических узлов при раке носоглотки является

- 44-46
- 50-52
- 52-54
- 48-50

Результаты обследования

К дополнительным методам диагностики при обследовании пациента с раком носоглотки относят

- 44-46
- 50-52
- 52-54
- 48-50

Результаты обследования

Для более точного стадирования и исключения генерализации опухоли наиболее информативным является

- 44-46
- 50-52
- 52-54
- 48-50

Результаты обследования

При лечении данного пациента возможно применение химиолучевой терапии с использованием +_____+ в качестве радиосенсибилизатора

- цисплатина
- винбластина
- этопозида
- доксорубицина

Техническим приемом, улучшающим визуализацию опухоли носоглотки при планировании лучевой терапии, является совмещение КТ с данными

- МРТ
- остеосцинтиграфии
- МСКТ
- ПЭТ-КТ с метионином

При подготовке пациента к лучевой терапии рекомендовано изготовление

- фиксирующего матраца
- термопластического тканеэвивалентного болюса
- термопластической фиксирующей маски
- каппы для зубов

При проведении лучевой терапии, как единственного метода лечения, к опухоли и лимфоузлам подводится суммарная очаговая доза, равная +_____+ Гр

- 46-50

- 66-70
- 30-36
- 50-56

Для послеоперационной лучевой терапии при раке носоглотки высокого риска рекомендуется СОД +_____+ Гр

- 46-50
- 50-56
- 60-66
- 70-76

Отступ на клинический объем мишени высокого риска для первичной опухоли носоглотки (CTV), согласно современным рекомендациям, составляет +_____+ мм

- 5-10
- 20-30
- 15-20
- 1-3

При раке носоглотки интервал между оперативным вмешательством и началом послеоперационной ЛТ не должен превышать +___+ недель

- 8
- 12
- 6
- 16

При превышении предельной допустимой дозы облучения на улитку возможно развитие

- нейросенсорной тугоухости
- среднего отита
- разрыва барабанной перепонки
- остеонекроза стенок барабанной полости

В течение двух лет после завершения лечения контрольное обследование у пациентов с раком ротоглотки рекомендуется проводить каждые +_____+ месяцев

- нейросенсорной тугоухости
- среднего отита
- разрыва барабанной перепонки
- остеонекроза стенок барабанной полости

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 1955 года рождения направлен к врачу- радиотерапевту онкологом за консультацией
Жалобы
Слабость, утомляемость, одышка при ходьбе
Анамнез заболевания
В июне 2018г. выполнена профилактическая флюорография, выявлены изменения в легких. Обследование на предмет туберкулеза результатов не принесло. Был направлен на обследование в онкологический диспансер.
По данным КТ: признаки центрального рака нижней доли правого легкого.
Консультирован хирургом, терапевтом, кардиологом, анестезиологом: хирургическое лечение не показано (у пациента критический стеноз сонных артерий, почечная недостаточность). Пациент направлен онкологом на консультацию к радиотерапевту.
Анамнез жизни
Хронические заболевания: Сахарный диабет II, Гипертоническая болезнь 3 ст.. АГ 3 ст., риск ССО 4 Атеросклероз артерий конечностей (стеноз в поверхностной бедренной слева до 60%,слева до 50%), Синдром перемежающейся хромоты. Стенозирующий атеросклероз брахиоцефальных артерий, ХБП III ст. Курит 35 лет, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не принимает; Профессиональных вредностей не имеет; У отца – рак легкого, у матери гипертоническая болезнь.
Объективный статус
Состояние относительно удовлетворительное. Рост 174, вес 71 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. ЧДД 15 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин, АД 128/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание не учащено, безболезненное.
Методом обследования, позволяющим оценить местную распространенность опухоли, является

- нейросенсорной тугоухости
- среднего отита
- разрыва барабанной перепонки
- остеонекроза стенок барабанной полости

Результаты обследования

Для постановки диагноза необходимо выполнить

- нейросенсорной тугоухости
- среднего отита
- разрыва барабанной перепонки
- остеонекроза стенок барабанной полости

Результаты обследования

Маркером, специфичным для плоскоклеточного рака легких, является

- нейросенсорной тугоухости
- среднего отита
- разрыва барабанной перепонки
- остеонекроза стенок барабанной полости

Результаты обследования

Основываясь на данных обследований, у пациента диагностирована +_____+ стадия (8-й пересмотр) рака правого легкого

- нейросенсорной тугоухости
- среднего отита
- разрыва барабанной перепонки
- остеонекроза стенок барабанной полости

Диагноз

Оптимальной методикой лучевого лечения при опухоли данной локализации и стадии является +_____+ лучевая терапия

- системная
- 3D-конформная дистанционная
- внутритканевая
- интраоперационная

Рекомендуемая суммарная очаговая доза в данном случае составляет +____+ Гр

- 56
- 50
- 60
- 70

Оптимальной суммарной очаговой дозой при облучении регионарных лимфатических узлов в данной клинической ситуации является +_____+ Гр

- 36-38
- 60-66
- 40-45
- 66-70

Оптимальным режимом фракционирования в данной клинической ситуации является

- режим гипофракционирования
- стандартный режим фракционирования
- режим мультифракционирования
- среднего фракционирования

При лучевом лечении рака легкого часть объема обоих легких, облученная в дозе 20 Гр и более, не должна превышать +_____+ %

- 10
- 20
- 30
- 40

Формирование объема ITV (Internal Target Volume) подразумевает под собой учет

- возможного изменения объема GTV в процессе лечения
- субклинического распространения опухоли
- учет погрешностей при укладке пациента во время лечения
- смещения объема CTV внутри тела больного

В первые три года после радикального лечения рака легкого рекомендуется проведение контрольных обследований каждые +_____+ месяца/месяцев

- 6
- 9
- 3
- 2

В процессе облучения учитывать смещение опухоли в пространстве позволяет метод

- 6
- 9
- 3
- 2

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 76 лет направленак врачу-радиотерапевту
Жалобы
На кровянистые выделения из половых путей в течение 3-х месяцев
Анамнез заболевания
У пациентки 76 лет на фоне 25 лет постменопаузы появились мажущие

кровянистые выделения из половых путей в течение 3 мес. У гинеколога не наблюдается в течение 20 лет. Обратилась к гинекологу по месту жительства. При гинекологическом осмотре: в зеркалах: шейка матки несколько увеличена в размерах до 4 см в диаметре, плотная, бочкообразная, выделения скудные, сукровичные. При ректо-вагинальном исследовании шейки матки несколько увеличена, плотной консистенции, своды не инфильтрированы. Матка не увеличена, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не пальпируются. Параметрии с обеих строн не инфильтрированы. Ректо-вагинальная перегородка не инфильтрирована. Рекомендована консультация онколога. Выполнена биопсия шейки матки с выскабливанием цервикального канала. Гистологическое заключение: плоскоклеточный ороговевающий рак шейки матки. Диагноз: рак шейки матки IB2 стадии, cT1b2N0M0. Обсуждена на консилиуме с участием хирурга-онколога, радиотерапевта, химиотерапевта: хирургическое лечение не показано, учитывая возраст и сопутствующую патологию.

Анамнез жизни

* хронические заболевания: ИБС: постинфарктный кардиосклероз. НК 2. Гипертоническая болезнь 3 ст., риск ССО 4. Цереброваскулярная болезнь. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. * не курила и не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергоанамнез не отягощен; * онкологический анамнез отрицает

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, нормостеник. Вес 65 кг, рост 163 см. Температура тела 36,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 16 в мин. Верхушечный точек определяется в 5-ом межреберье +2 см левее среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные. АД-146/78 мм рт.ст., Ps-78 в мин., d=S, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Живот не увеличен, равномерно участвует в акте дыхания, симметричный, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Пальцевое исследование прямой кишки: пальпаторно опухолевые образования не определяются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. При гинекологическом осмотре: в зеркалах: шейка матки несколько увеличена в размерах до 4 см в диаметре, плотная, бочкообразная, выделения скудные, сукровичные. При ректо-вагинальном исследовании шейки матки несколько увеличена, плотной консистенции, своды не инфильтрированы. Матка не увеличена, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не пальпируются. Параметрии с обеих сторон не инфильтрированы. Ректо-вагинальная перегородка не инфильтрирована.

Необходимыми инструментальными методами обследования для определения дальнейшей тактики лечения являются

- 6
- 9
- 3

- 2

Результаты инструментальных методов обследования

В рамках дообследования необходимо определить

- 6
- 9
- 3
- 2

Результаты обследования

Оптимальной тактикой лечения пациентки в этом случае будет

- лучевая терапия
- хирургическое лечение
- фотодинамическая терапия
- иммунотерапия

При предлучевой подготовке, фиксирующими устройствами для иммобилизации пациента являются

- подставки под колени, ступни, голову
- breastboard и «крылатый» фрейм
- breastboard, подставки под руки
- большая термопластическая маска и загубник

Шаг КТ-сканирования при подготовке пациента к лучевой терапии составляет минимально +_____+ мм

- 0,5-1
- 1,5-2
- 3-5
- 1-2,5

Границы сканирования задают сверху
+_____+ ; снизу

- L3 или мечевидный отросток; середина бедра
- нижний край рукоятки грудины; лонное сочленение
- Т7 или 10 ребро; вертлужная впадина
- нижний край орбиты; яремная вырезка

Алгоритм передачи данных, полученных при КТ-сканировании органов малого таза, передают

- на планирующую станцию

- в архивное хранилище
- на лечебный аппарат
- на станцию оконтуривания

Макроскопический объем опухоли (GTV) в данной клинической ситуации включает

- только первичную опухоль шейки матки
- первичную опухоль и регионарные лимфоузлы с обеих сторон
- первичную опухоль и регионарные лимфоузлы на стороне поражения
- шейку и тело матки, придатки

В клинический объем опухоли (CTV) в данной клинической ситуации включают GTV (первичную опухоль) и всю шейку матки, тело матки

- параметральную клетчатку, регионарные лимфатические узлы с отступом 5 мм вокруг регионарных сосудов
- параметральную клетчатку, регионарные лимфатические узлы с отступом 7 мм вокруг регионарных сосудов
- параметральную клетчатку, регионарные лимфатические узлы с отступом 3 мм вокруг регионарных сосудов
- регионарные лимфатические узлы с отступом 7 мм вокруг регионарных сосудов

Отступ для планируемого объема опухоли (PTV) следует выбрать с учетом используемых фиксирующих устройств: +____+ мм для опухоли, +____+ мм для параметральной клетчатки, +____+ мм для регионарных лимфатических узлов

- 10; 5; 5
- 10; 7; 5
- 10; 7; 7
- 15; 10; 7

Разовая очаговая доза (РОД), суммарная очаговая доза (СОД) на первичную опухоль и регионарные лимфатические узлы составляют +____+ Гр; +____+ Гр; +_____+ Гр

- 1,8-2; 80-90; 55-60
- 2-3; 60-70; 50-52
- 3-4; 60-70; 52-56
- 2-3; 60-70; 52-55

Максимально допустимая доза на мочевой пузырь в соответствии с параметрами оптимизации Quantec составляет Dmax +_____+ Гр

- 1,8-2; 80-90; 55-60

- 2-3; 60-70; 50-52
- 3-4; 60-70; 52-56
- 2-3; 60-70; 52-55

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная М., 67 лет, обратилась к радиотерапевту для решения вопроса о целесообразности проведения адъювантной лучевой терапии.
Жалобы
На умеренную слабость, онемение кожи на внутренней поверхности правого бедра
Анамнез заболевания
Менопауза 15 лет. В апреле 2019 года отметила появление мажущих кровянистых выделений из половых путей. Обратилась к врачу в частный медицинский центр. 16-05-2019 в ЦКБ РАН выполнено РДВ, гистероскопия. Гист. №190002036 - эндометриоидная аденокарцинома G2 с вовлечением левой и задней стенок с инвазией менее половины его толщины. 5-07-2019 выполнена эндоскопическая экстирпация матки с придатками, селективная тазовая лимфаденэктомия. Гист, № 27383/2019 на площади 4х4 см в эндометрии экзофитное разрастание розовато-сероватой ткани с врастанием в миометрий на глубину до 4мм при толщине миометрия 11мм - низкодифференцированная аденокарцинома, опухолевые эмболы в просвете сосудов. В шейке матки и лимфоузлах без метастазов. В связи с подозрением на саркоматозный компонент выполнено ИГХ, данных за саркоматозное перерождение и гибридный фенотип не получено. Направлена на консультацию радиотерапевта. Самостоятельно обратилась в РНЦРР, рекомендовано проведение лучевой терапии. ПРИ ПЕРЕСМОТРЕ В РНЦРР гист. № 12632-38/19. Готовые препараты 27383/19: Низкодифференцированная серозная аденокарцинома тела матки. Опухоль врастает в миометрий на глубину 0,3 см (менее 1/3 толщины стенки тела матки). Не обнаружено врастания опухоли в слизистую и строму цервикального канала. Влагалищная часть шейки матки покрыта многослойным плоским неороговевающим эпителием. В яичниках белые тела, мелкие серозные кисты. Маточные трубы обычного гистологического строения. В 3 регионарных лимфоузлах опухолевые клетки не обнаружены.
Анамнез жизни
Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергоанамнез:не отягощен.В детстве:ветряная оспа.Инфекционные заболевания:отрицает.Хронический тонзиллит. Псориаз.Травм не отмечает.Наследственность не отягощена.Сифилиса не было.Туберкулеза нет.Злокачественные опухоли у родственников:отрицает.Психических отклонений нет.Не курит.Алкоголь не употребляет.Наркотики не употребляет.Эпидемиологический анамнез:Контактов с заболевшими корью, гриппом до поступления не было, вакцинация против кори, гриппа в настоящее время противопоказана по

основному заболеванию. Профессиональные вредности не отмечены: работала бухгалтером, в настоящее время пенсионерка по возрасту.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 68 кг, рост 160 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее пальпаторно не определяются. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 99% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 88 уд в мин., АД 115/70 мм.рт.ст. (рабочее) * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
Обязательным для определения тактики лечения больной раком тела матки при первичном обращении к врачу−радиотерапевту являются

- 1,8-2; 80-90; 55-60
- 2-3; 60-70; 50-52
- 3-4; 60-70; 52-56
- 2-3; 60-70; 52-55

Результаты обследования

К обязательному инструментальному методу дополнительного обследования при установлении диагноза рака тела матки относят

- 1,8-2; 80-90; 55-60
- 2-3; 60-70; 50-52
- 3-4; 60-70; 52-56
- 2-3; 60-70; 52-55

Результаты инструментального метода обследования

На основании дооперационного обследования и послеоперационного гистологического заключения больной должен быть установлен клинический диагноз С54.1 рака тела матки +_____+ стадии

- 1,8-2; 80-90; 55-60

- 2-3; 60-70; 50-52
- 3-4; 60-70; 52-56
- 2-3; 60-70; 52-55

Диагноз

На основании дооперационного обследования и данных послеоперационного гистологического исследования удаленного материала, больная относится к группе +_____+ риска

- промежуточного
- промежуточно−высокого
- крайне высокого
- высокого

К основному фактору неблагоприятного прогноза у данной пациентки можно отнести

- глубину инвазии опухоли в миометрий
- неэндометриодный рак
- возраст больной
- распространение опухоли на шейку матки

В послеоперационном периоде у данной больной целесообразно проводить

- динамическое наблюдение в течение 6 месяцев
- химиотерапию и лучевую терапию
- только лучевую терапию
- только химиотерапию

Оптимальным вариантом лучевого лечения у данной больной можно считать проведение

- рентгенотерапии
- внутриполостной внутривлагалищной брахитерапии
- аппликационной внутривлагалищной брахитерапии
- внутритканевой брахитерапии

Послеоперационную лучевую терапию при раке тела матки в группах высокого риска прогрессирования следует начинать не позднее +_____+ недель после хирургического лечения, сроки зависят от степени заживления культи влагалища

- 6
- 8
- 4
- 12

Оптимальным режимом проведения адъювантного дистанционного облучения (при наличии показаний) у больных раком тела матки высокого риска является облучение всего

- объема таза РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр
- запланированного объема РОД 3 Гр 5 раз в неделю до СОД 30 Гр, далее − зон регионарного лимфооттока РОД 2,5 Гр до СОД 46−50 Гр
- объема таза РОД3 Гр 3 раза в неделю до СОДэкв 50 Гр, облучение парааортальной области РОД 1,8 Гр 5 раз в неделю до СОД40Гр
- запланированного объема PTV РОД 1,8−2 Гр 5 раз в неделю до СОД 46−50 Гр

Обязательными для оконтуривания анатомическими структурами с целью расчета подводимых толерантных доз по гистограммам доза−объем (DVH) для всех вариантов лучевой терапии рака тела матки являются

- влагалище , мочевой пузырь, прямая кишка с анусом
- левое легкое, сердце, ипсилатеральные бронхо−пульмональные лимфоузлы
- ребра
- трахея, паратрахеальные лимфоузлы

После окончания лучевой терапии данной больной показано проведение

- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- курсов химиотерапии
- таргетной терапии бевацизумабом

При установлении прогрессирования заболевания − верификации солитарного метастаза во влагалище − внутритканевая лучевая терапия

- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- курсов химиотерапии
- таргетной терапии бевацизумабом

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная М., 77 лет обратилась к радиотерапевту для решения вопроса о возможности проведения лучевой терапии.
Жалобы
На умеренную слабость, периодически тянущие боли внизу живота, сукровичные выделения из влагалища

Анамнез заболевания

Менопауза 22 лет. Кровянистые выделения различной интенсивности из органов малого таза отмечает в течение нескольких лет. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно от геморроя. 13−11−2017 в связи с обильным кровотечением из половых путей экстренно госпитализирована в ЦКБ по месту жительства. Выполнено РДВ, гистероскопия. Гист. №3646−51/17 – умереннодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома G2 с тотальным вовлечением стенок. 16−01−2018 в той же больнице выполнена нижнесрединная лапаротомия, экстирпация матки с придатками. Гист, № 163/ 1−24 − в эндометрии по всем стенкам, с распространением на нижний сегмент матки, не доходя 4 мм до внутреннего зева отмечается разрастание буро-серой ткани с врастанием в миометрий на глубину до 14мм при толщине миометрия 21мм (более ½), микроскопически − умереннодифференцированная аденокарцинома, опухолевые эмболы в просвете сосудов. В шейке матки, яичниках без метастазов. Направлена на консультацию радиотерапевта.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергоанамнез:не отягощен.В детстве:ветряная оспа.Инфекционные заболевания:отрицает. Перенесенные заболевания. Ожирение 3 ст. (ИМТ 43,3). Сахарный диабет 2 типа. ИБС. Гипертоническая болезнь 2 ст. Двусторонний коксартроз, гонартроз. Перенесенные ранее операции: 1988 год − эндоскопическая холецистэктомия. Наследственность не отягощена.Сифилиса не было.Туберкулеза нет.Злокачественные опухоли у родственников:мать − рак матки. Сестра − рак поперечно−ободочной кишки. Психических отклонений нет.Не курит.Алкоголь не употребляет.Наркотики не употребляет.Эпидемиологический анамнез:Контактов с заболевшими корью, гриппом до поступления не было, вакцинация против кори, гриппа в настоящее время противопоказана по основному заболеванию.Профессиональные вредности не отмечены: работала поваром в заводской столовой, в настоящее время пенсионерка по возрасту. Инвалид 2 группы по общему заболеванию.

Объективный статус

Настоящее состояние: Положение активное.Общее состояние удовлетворительное.Телосложение гиперстеническое. Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски.Лимфатические узлы нормальных размеров.Костно-мышечный аппарат без патологии.Щитовидная железа не увеличена.Молочные железы не изменены. Неврологический статус. Речь ясная, ориентирована во времени и пространстве. Сознание ясное. Менингеальной и неврологической симптоматики не отмечается. Органы кровообращения. Пульс ритмичный 68 ударов в мин.нормального наполнения.Тоны сердца ясные.Определяется грубый систолический шум во всех точках аускультации.Границы сердца расширены влево до переднее−подмышечной линии. АД:150/90мм.рт. ст (рабочее). Органы дыхания: Дыхание свободное.Одышка при минимальной физической нагрузке, подъеме на 2 этаж. Перкуторно легочный звук над всеми областями.Дыхание (аускультативно)везикулярное, проводится равномерно.Хрипы не прослушиваются. Мочевыделительная система: Область почек не

изменена.Почки не пальпируются.Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.Мочеиспускание не учащено, безболезненно. Органы пищеварения: Язык влажный,чистый.Живот правильной формы.Живот в акте дыхания участвует равномерно.Его форма не изменена.При пальпации живот мягкий, безболезненный.При перкуссии - патология не выявлена.Аускультативно - патология не выявлена.Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.Грыжевые выпячивания не выявлены.Граница печени при перкуссии в пределах нормы.При пальпации печень безболезненна.Печеночная тупость в нормальных пределах.Селезенка не пальпируется.Ее границы не изменены.Стул нормальный.

Обязательным для определения тактики лечения больной раком тела матки при первичном обращении к врачу−радиотерапевту является

- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- курсов химиотерапии
- таргетной терапии бевацизумабом

Результаты обследования

Наиболее часто инструментальное обследование больной с подозрением на рак тела матки начинают с

- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- курсов химиотерапии
- таргетной терапии бевацизумабом

Результаты обследования

На основании дооперационного обследования и послеоперационного гистологического заключения больной должен быть установлен клинический диагноз _____рака тела матки стадии

- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- курсов химиотерапии
- таргетной терапии бевацизумабом

Диагноз

На основании дооперационного обследования и данных послеоперационного гистологического исследования удаленного материала, больная относится к группе_____ риска

- промежуточного
- промежуточно−высокого

- высокого
- крайне высокого

К факторам неблагоприятного прогноза у данной пациентки относится

- распространение опухоли на шейку матки
- сохранение большого сальника
- сахарный диабет в анамнезе
- глубокая инвазия опухоли в миометрий

В послеоперационном периоде у данной больной целесообразно проводить

- дистанционную лучевую терапию
- только гормонотерапию
- химио−лучевую терапию
- только лучевую терапию

Оптимальным вариантом лучевого лечения у данной больной можно считать проведение

- только внутривлагалищной брахитерапии
- дистанционной лучевой терапии ± брахитерапии
- внутритканевой брахитерапии
- рентгенотерапии

Послеоперационную лучевую терапию при раке тела матки в группах промежуточно−высокого риска прогрессирования следует начинать в сроки +_____+ недель после хирургического лечения, сроки зависят от степени заживления культи влагалища

- не раньше 12
- не позднее 8
- не позднее 12
- не позднее 6

Оптимальным режимом проведения адъювантного дистанционного облучения (при наличии показаний) у больных раком тела матки промежуточно-высокого риска является облучение всего

- запланированного объема PTV РОД 1,8−2 Гр 5 раз в неделю до СОД 46−50 Гр
- объема таза РОД3 Гр 3 раза в неделю до СОДэкв 50 Гр, облучение парааортальной области РОД 1,8 Гр 5 раз в неделю до СОД40 Гр
- запланированного объема РОД 3 Гр 5 раз в неделю до СОД 30 Гр, далее − зон регионарного лимфооттока РОД 2,5 Гр до СОД 46−50 Гр
- объема таза РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр

Обязательными для оконтуривания анатомическими структурами с целью расчета подводимых толерантных доз по гистограммам доза−объем (DVH) при стандартных вариантах лучевой терапии рака тела матки являются

- влагалище, мочевой пузырь, прямая кишка с анусом
- ребра
- левое легкое, сердце, ипсилатеральные бронхо−пульмональные лимфоузлы
- трахея, паратрахеальные лимфоузлы

После окончания лучевой терапии данной больной показано

- проведение адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- проведение адъювантная гормонотерапия тамоксифеном в течение 2 лет
- динамическое наблюдение
- проведение таргетной терапии бевацизумабом

При установлении прогрессирования заболевания после комбинированного лечения с верификацией солитарного метастаза во влагалище внутритканевая лучевая терапия

- проведение адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- проведение адъювантная гормонотерапия тамоксифеном в течение 2 лет
- динамическое наблюдение
- проведение таргетной терапии бевацизумабом

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная С., 88 лет, обратилась к радиотерапевту для решения вопроса о проведении лучевой терапии в связи с отказом от хирургического вмешательства.
Жалобы
Слабость, утомляемость, кровомазание из половых путей, тяжесть в пояснице, головокружение, частое ощущение мушек перед глазами, затруднение движений в тазобедренных суставах с обеих сторон.
Анамнез заболевания
Менопауза более 40 лет (точно не помнит). Кровянистые выделения различной интенсивности из органов малого таза отмечает в течение нескольких лет. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно «от геморроя» настоем крапивы. В июле 2015 года в связи с обильным кровотечением из половых путей экстренно госпитализирована в ЦКБ по месту жительства. Выполнено РДВ, гистероскопия. Гист. №33646−57/15 – умереннодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома G2 с тотальным поражением стенок матки, распространением на цервикальный канал. Комплексно обследована, данных за отдаленное органное и лимфогенное метастазирование не получено.

Консультирована терапевтом, кардиологом, анестезиологом, риск сердечно−сосудистых и тромбоэмболических осложнений IV (крайне высокий), хирургическое лечение только по жизненным показаниям. Пациентка сама категорически отказывается от хирургического варианта лечения, настроена лечиться консервативно (с момента установления диагноза лечится народными средствами, включая уринотерапию и прием внутрь смеси керосина с подсолнечным маслом). Направлена на консультацию радиотерапевта.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергоанамнез:не отягощен.В детстве:ветряная оспа.Инфекционные заболевания:дизентерия в детстве. Перенесенные заболевания. ИБС. Атеросклеротический кардиосклероз. Хроническая цереброваскулярная болезнь. Гипертоническая болезнь 2 ст. Хронический панкреатит. Варикозная болезнь. Хронический тромбофлебит правой нижней конечности, без язвообразования. Хронический геморрой вне обострения. Перенесенные ранее операции: 1953 − аппендэктомия, 1979 год − холецистэктомия открытым доступом. Сифилиса не было.Туберкулез легких в детстве, с учета снята. Злокачественные опухоли у родственников: Сестра − рак толстой кишки в 76 лет. Тетка по матери − рак молочной железы. Психических отклонений грубых нет.Не курит.Алкоголь не употребляет.Наркотики не употребляет. Эпидемиологический анамнез:Контактов с заболевшими корью, гриппом до поступления не было, вакцинация против кори, гриппа в настоящее время противопоказана по основному заболеванию. Профессиональные вредности не отмечены.

Объективный статус

Положение активное.Общее состояние удовлетворительное.Телосложение астеническое, вес 56 кг, рост 160 см. Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски.Лимфатические узлы нормальных размеров.Костно-мышечный аппарат без патологии.Щитовидная железа не увеличена, узловые образования отчетливо не пальпируются.Молочные железы не изменены, узловые образования отчетливо не пальпируются. Неврологический статус.Речь ясная, ориентирована во времени и пространстве. Сознание ясное. Менингеальной и неврологической симптоматики на момент осмотра не отмечается. Органы кровообращения Пульс ритмичный 68 ударов в мин.нормального наполнения.Тоны сердца ясные.Шумы сердца не выявлены.Границы сердца в пределах нормы.АД:100/70мм.рт. ст Органы дыхания- Дыхание свободное.Одышки нет.Перкуторно легочный звук над всеми областями.Дыхание (аускультативно)везикулярное, проводится равномерно.Хрипы не прослушиваются. Мочевыделительная система*Область почек не изменена.Почки не пальпируются.Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.Мочеиспускание не учащено,безболезненно. Гинекологический анамнез. Менопауза с 47−48 лет. Б−3, Р−1, А−2. Гинекологические заболевания отрицает. Органы пищеварения Язык влажный,чистый.Живот правильной формы.Живот в акте дыхания участвует равномерно.Его форма не изменена.При пальпации живот мягкий, безболезненный.При перкуссии - патология не выявлена.Аускультативно -

патология не выявлена.Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.Грыжевые выпячивания не выявлены.Граница печени при перкуссии в пределах нормы.При пальпации печень безболезненна.Печеночная тупость в нормальных пределах.Селезенка не пальпируется.Ее границы не изменены.Стул нормальный. В области ануса− спавшиеся узлы наружного геморроя без уплотнения, безболезненные.

Обязательным для определения тактики лечения больной раком тела матки при первичном обращении к врачу−радиотерапевту является

- проведение адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- проведение адъювантная гормонотерапия тамоксифеном в течение 2 лет
- динамическое наблюдение
- проведение таргетной терапии бевацизумабом

Результаты обследования

Для установления экстрагенитального распространения наиболее часто инструментальное обследование больной с подозрением на рак тела матки начинают с

- проведение адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- проведение адъювантная гормонотерапия тамоксифеном в течение 2 лет
- динамическое наблюдение
- проведение таргетной терапии бевацизумабом

Результаты инструментального метода обследования

На основании обследования и гистологического заключения данной больной может быть установлен клинический диагноз +_____+ рак тела матки +_____+ стадии, +_____+ , G2

- проведение адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- проведение адъювантная гормонотерапия тамоксифеном в течение 2 лет
- динамическое наблюдение
- проведение таргетной терапии бевацизумабом

Диагноз

Необходимым для решения вопроса о тактике лечения лабораторным методом обследования у данной больной является

- проведение адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- проведение адъювантная гормонотерапия тамоксифеном в течение 2 лет
- динамическое наблюдение
- проведение таргетной терапии бевацизумабом

Результаты лабораторного метода обследования

Исходя из указанных в анамнезе у данной пациентки хронических и перенесенных заболеваний, в объем дополнительного обследования для решения вопроса о возможности проведения лучевой терапии требуется включить

- экскреторную урографию
- электромиографию
- эхокардиографию
- динамическую нефросцинтиграфию

При абсолютных противопоказаниях к хирургическому лечению и отказе пациентки от проведения хирургического вмешательства, методом выбора радикального лечения рака тела матки является

- химиотерапия
- лучевая терапия
- гормонотерапия
- химио-лучевая терапия

При абсолютных противопоказаниях к хирургическому лечению и отказе пациентки от проведения хирургического вмешательства, стандартным вариантом радикального лучевого лечения при раке тела матки является проведение

- конформной дистанционной лучевой терапии + автоматизированной высокомощностной внутриполостной внутриматочной брахитерапии
- автоматизированной высокомощностной внутриполостной внутриматочной и внутривлагалищной брахитерапии СОД50 Гр
- внутриполостной брахитерапии источниками I−125 низкой мощности дозы СОДэкв 120 Гр
- дистанционной гамма−терапии на область таза в режиме двухосевой ротации СОД50 Гр

При планировании брахитерапии в рамках радикального лечения рака тела матки II стадии в объем облучения обязательно должна быть включена область

- яичников
- общих подвздошных лимфатических узлов
- параметрия
- шейка матки

Оптимальным режимом проведения дистанционного этапа облучения у больных раком тела матки II стадии является облучение всего

- объема таза РОД3 Гр 3 раза в неделю до СОДэкв 50 Гр, облучение парааортальной области РОД 1,8 Гр 5 раз в неделю до СОД40 Гр

- объема таза РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр
- запланированного объема РОД 3 Гр 5 раз в неделю до СОД 30 Гр, далее − зон регионарного лимфооттока РОД 2,5 Гр до СОД 46−50 Гр
- запланированного объема PTVсум РОД 1,8−2 Гр 5 раз в неделю до СОД 46−50 Гр

Обязательными для оконтуривания анатомическими структурами, с целью расчета подводимых толерантных доз по гистограммам доза−объем (DVH), при стандартных вариантах лучевой терапии рака тела матки являются

- пахово−бедренные лимфоузлы
- влагалище, мочевой пузырь, прямая кишка с анусом
- пищевод, ипсилатеральные бронхо−пульмональные лимфоузлы
- хиазма, пищевод, поджелудочная железа

После окончания лучевой терапии данной больной показано проведение

- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- динамического наблюдения
- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- таргетной терапии бевацизумабом

Оптимальный алгоритм наблюдения за пациенткой должен включать

- адъювантной гормонотерапии прогестинами в течение 2 лет
- динамического наблюдения
- адъювантной гормонотерапии тамоксифеном в течение 2 лет
- таргетной терапии бевацизумабом

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 37 лет направлена онкогинекологом частного медицинского центра в федеральный онкологический центр для решения вопроса о проведении радикального курса лучевой терапии
Жалобы
Регулярно наблюдается гинекологом, проходит ежегодную диспансеризацию (работает старшей медсестрой ВРКБ МО Володарская врачебная лаборатория). При этом длительно существовала «эрозия» шейки матки. Мазки на онкоцитологию, обследование на ВПЧ не проводилось, лечение не предлагалось. В июне 2019 года во время отдыха на Кипре - кровотечение из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства, выявлена патология шейки матки, подозрительная на опухолевую трансформацию. 21-08-2019 в Видновском перинатальном центре выполнена биопсия опухоли шейки матки и правого свода влагалища. Гист. №51815646 - инвазивный плоскоклеточный ороговевающий рак. Проведено комплексное обследование,

данных за отдаленное метастазирование не получено. Консультирована хирургом К+31, в хирургическом лечении отказано. Обратилась в РНЦРР для решения вопроса о лучевой терапии.

Анамнез заболевания

Регулярно наблюдается гинекологом, проходит ежегодную диспансеризацию (работает старшей медсестрой ВРКБ МО Володарская врачебная лаборатория). При этом длительно существовала «эрозия» шейки матки. Мазки на онкоцитологию, обследование на ВПЧ не проводилось, лечение не предлагалось. В июне 2019 года во время отдыха на Кипре - кровотечение из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства, выявлена патология шейки матки, подозрительная на опухолевую трансформацию. 21-08-2019 в Видновском перинатальном центре выполнена биопсия опухоли шейки матки и правого свода влагалища. Гист. №51815646 - инвазивный плоскоклеточный ороговевающий рак. Проведено комплексное обследование, данных за отдаленное метастазирование не получено. Консультирована хирургом К+31, в хирургическом лечении отказано. Обратилась в РНЦРР для решения вопроса о лучевой терапии.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Аллергоанамнез:не отягощен.В детстве:ветряная оспа.Инфекционные заболевания:отрицает.Травм не отмечает.Перенесенные операции:отрицает.Отягощенная наследственность:Тетка по матери - рак матки.Сифилиса не было. Туберкулеза нет. Психических отклонений нет. Курит:по 5 сигарет в день.Алкоголем не злоупотребляет.Наркотики не употребляет.Эпидемиологический анамнез:Контактов с заболевшими корью, гриппом до поступления не было, вакцинация против кори, гриппа в настоящее время противопоказана по основному заболеванию. Гинекологический анамнез Количество беременностей 4.Роды 2.Аборты: 2.Менопауза с: 36 лет. Гинекологические заболевания: в 15 лет - воспаление придатков, впоследствии хронический аднексит слева, обострение последнее около 5 лет назад. «Эрозия» шейки матки с 1999 года, обследование не проводилось, лечение по месту жительства и работы, несмотря на регулярные обращения, не предлагалось.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 170 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Границы лёгких в пределах нормы справа.

Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется ясный лёгочный звук, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 99% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 120/85 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
Наиболее вероятным этиологическим фактором в развитии рака шейки матки у данной больной явилось

- предшествовавшее неоднократное прерывание беременности
- вирус папилломы человека 16,18 серотипа
- хронический аднексит
- курение

«Методом выбора» диагностики для уточнения местной распространенности опухоли шейки матки является

- предшествовавшее неоднократное прерывание беременности
- вирус папилломы человека 16,18 серотипа
- хронический аднексит
- курение

Результаты обследования

На основании проведенного клинико−инструментального обследования больной может быть установлен диагноз С53.8 Рак шейки матки +_____+ стадии

- предшествовавшее неоднократное прерывание беременности
- вирус папилломы человека 16,18 серотипа
- хронический аднексит
- курение

Диагноз

Наиболее информативным и прогностически значимым онкомаркером в диагностике плоскоклеточного рака шейки матки является определение в крови

- предшествовавшее неоднократное прерывание беременности
- вирус папилломы человека 16,18 серотипа
- хронический аднексит
- курение

Результаты обследования

Согласно данных анамнеза, клинического обследования, установленной стадии заболевания и предпочтений больной, на данном этапе целесообразно провести

- предоперационную внутриполостную лучевую терапию (брахитерапию) СОДэкв 30 Гр
- циторедуктивное хирургическое лечение с последующей внутритканевой лучевой терапией в зоне остаточной опухоли
- радикальную сочетанную лучевую терапию на фоне еженедельного введения Цисплатина в дозе 40 мг/м^2^ на протяжении лучевой терапии
- предоперационную дистанционную лучевую терапию на область таза до СОД 30 Гр с последующим радикальным хирургическим вмешательством

Радикальная сочетанная лучевая терапия при раке шейки матки предусматривает сочетание

- дистанционной и внутриполостной лучевой терапии
- лучевой терапии и химиотерапии
- дистанционной и внутритканевой лучевой терапии
- внутриполостной и внутритканевой лучевой терапии

Оптимальным режимом дистанционного облучения для радикальной лучевой терапии рака шейки матки является

- стереотаксическое облучение малого таза и зон регионарного метастазирования РОД3 Гр 3 раза в неделю до СОДэкв 50 Гр, облучение парааортальной области РОД 1,8 Гр 5 раз в неделю до СОД40 Гр
- гамма−терапия в режиме многоосевой ротации на область малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр
- конформное облучение малого таза и зон регионарного метастазирования в режиме IMRT РОД 2 Гр 5 раз в неделю до СОД 46−50 Гр
- гамма−терапия в статическом режиме с двух противолежащих полей на область малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 2,5Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр

В планируемый объем облучения у больных раком шейки матки IIb стадии с визуализируемыми метастатически измененными наружными подвздошными лимфатическими узлами необходимо включить _____лимфатические узлы

- паратрахеальные
- аксиллярные с обеих сторон
- общие подвздошные и парааортальные до уровня L1–L2 позвонков
- паховые и запирательные до уровня S1–S2 позвонков

При лечении больных раком шейки матки по радикальной программе суммарные дозы от курса сочетанной лучевой терапии в зоне первичного очага (D90 HR−CTV или в т. А) составляют +_____+ Гр

- 70
- 80−90
- 60
- 46−50

Для внутриполостного облучения (брахитерапии) при раке шейки матки в России наиболее часто используются источники ионизирующего излучения

- ^169^Yb и 192Ir
- 60Co и 192Ir
- ^103^Pd и 60Co
- ^125^ I и 42Tc

При проведении внутриполостного облучения рака шейки матки «критическим органом» с наименьшим резервом толерантности является

- пищевод
- желудок
- хиазма
- сигмовидная кишка

После выписки из радиологического центра данной пациентке следует рекомендовать

- пищевод
- желудок
- хиазма
- сигмовидная кишка

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 31 года обратилась в РНЦРР для консультации и лечения по поводу онкопатологии шейки матки
Жалобы
На слабость, тяжесть внизу живота, боли в пояснице
Анамнез заболевания
Со слов больной, «эрозия» шейки матки с 21 года, в течение 10 лет. Наблюдалась нерегулярно, результаты не представлены. Лечение не проводилось. Половой жизнью не жила последние 2 года. Год назад в мазках на онкоцитологию №4167 − картина тяжелой дисплазии шейки матки, отдельные клетки с признаками атипии. Выполнена биопсия шейки матки (конизация) в

марте 2018 года. Гистологическое заключение №1917-2 3- плоскоклеточный ороговевающий рак шейки матки. За результатами гистологии не явилась, о выявлении онкопатологии по месту жительства из ЖК не сообщали. В течение года без лечения. В мае 2019 . мажущие кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу в ЖК по месту жительства в г. Нижний Новгород. При осмотре выявлена опухоль шейки матки с распространением на параметрии с обеих сторон. Самостоятельно обратилась в РНЦРР для решения вопроса о тактике лечения.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Аллергоанамнез:не отягощен.В детстве:ветряная оспа.Инфекционные заболевания:отрицает.Травм не отмечает.Перенесенные операции:отрицает.Отягощенная наследственность:Тетка по матери - рак матки.Сифилиса не было. Туберкулеза нет.Психических отклонений нет. Курит:по 5 сигарет в день.Алкоголем не злоупотребляет.Наркотики не употребляет.Эпидемиологический анамнез:Контактов с заболевшими корью, гриппом до поступления не было, вакцинация против кори, гриппа в настоящее время противопоказана по основному заболеванию. Гинекологический анамнез Количество беременностей: 4. Роды: 2. Аборты: 2 артифициальные. Гинекологические заболевания: в 15 лет - воспаление придатков, хламидиоз, впоследствии хронический аднексит слева, обострение последнее около 5 лет назад.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 50 кг, рост 170 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется ясный лёгочный звук, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 99% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 100/65 мм.рт.ст. (раб) * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

Наиболее вероятным этиологическим фактором в развитии рака шейки матки у данной больной явилось

- хронический аднексит в анамнезе
- хламидиоз в анамнезе
- курение

- вирус папилломы человека 16,18 серотипа

«Методом выбора» диагностики для уточнения местной распространенности опухоли шейки матки является

- хронический аднексит в анамнезе
- хламидиоз в анамнезе
- курение
- вирус папилломы человека 16,18 серотипа

Результаты обследования

На основании проведенного клинико−инструментального обследования больной может быть установлен диагноз С53.8 Рак шейки матки +_____+ стадии

- хронический аднексит в анамнезе
- хламидиоз в анамнезе
- курение
- вирус папилломы человека 16,18 серотипа

Диагноз

Наиболее информативным и прогностически значимым онкомаркером в диагностике плоскоклеточного рака шейки матки является определение в крови у женщины

- хронический аднексит в анамнезе
- хламидиоз в анамнезе
- курение
- вирус папилломы человека 16,18 серотипа

Результаты обследования

Согласно данных анамнеза, клинического обследования, установленной стадии заболевания и предпочтений больной, на данном этапе пациентке целесообразно провести

- предоперационную дистанционную лучевую терапию на область таза до СОД 30 Гр с последующим радикальным хирургическим вмешательством
- радикальную сочетанную лучевую терапию на фоне еженедельного введения Цисплатина в дозе 40 мг/м^2^ на протяжении лучевой терапии
- циторедуктивное хирургическое лечение с последующей внутритканевой лучевой терапией в зоне остаточной опухоли
- предоперационную внутриполостную лучевую терапию (брахитерапию) СОДэкв 30 Гр

Радикальная сочетанная лучевая терапия при раке шейки матки предусматривает сочетание +_____+ лучевой терапии

- внутриполостной и внутритканевой
- дистанционной и внутриполостной
- химиотерапии и
- дистанционной и внутритканевой

Оптимальным режимом дистанционного облучения для радикальной лучевой терапии рака шейки матки является

- стереотаксическое облучение малого таза и зон регионарного метастазирования РОД3 Гр 3 раза в неделю до СОДэкв 50 Гр, облучение парааортальной области РОД 1,8 Гр 5 раз в неделю до СОД40 Гр
- конформное облучение малого таза и зон регионарного метастазирования 4-х польное облучение, IMRT Режим фракционирования 2 Гр 5 раз в неделю до СОД 46−50 Гр
- гамма−терапия в режиме многоосевой ротации на область малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 2,5Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр
- гамма−терапия в статическом режиме с двух противолежащих полей на область малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 2,5Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр

У больных раком шейки матки IIb (T2bN1M0) стадии с визуализируемыми метастатически измененными тазовыми лимфоузлами требуется следующее изменение суммарных доз

- эскалация СОД на 10−15 Гр на весь облучаемый объем
- эскалация СОД на 10−15 Гр в виде локального буста на зону метастатического поражения региональных лимфатических узлов
- редукция СОД на 10−15 Гр во всем облучаемом объеме для выполнения гистерэктомии после окончания химио−лучевого лечения
- редукция СОД на 10−15 Гр в зоне метастатического поражения региональных лимфатических узлов для последующего выполнения лимфаденэктомиии

При лечении больных раком шейки матки по радикальной программе суммарные дозы от курса сочетанной лучевой терапии в зоне первичного очага (D90 HR−CTV или в т. А) составляют +_____+ Гр

- 70
- 80−90
- 60
- 46−50

Для внутриполостного облучения (брахитерапии) при раке шейки матки наиболее часто используются источники ионизирующего излучения

- ^125^ I и 192Ir
- ^169^Yb и 60Co
- ^103^Pd и 42Tc
- 60Co и 192Ir

При проведении внутриполостного облучения рака шейки матки «критическим органом» с наименьшим резервом толерантности является

- хиазма
- сигмовидная кишка
- мочевой пузырь
- пищевод

После выписки из радиологического центра данной пациентке следует рекомендовать

- хиазма
- сигмовидная кишка
- мочевой пузырь
- пищевод

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина Ч., 60 лет обратилась к радиотерапевту в связи с выявленным образованием в анальном канале. От предложенного в другом ЛПУ радикального хирургического лечения категорически отказалась.
Жалобы
На общую слабость, периодически кровомазание из прямой кишки при дефекации
Анамнез заболевания
Длительно страдала хроническим наружным геморроем с частыми обострениями, кровомазанием из прямой кишки. Наблюдалась колопроктологом поликлиники УДП РФ, предлагалось хирургическое лечение геморроя, от которого больная отказалась. 10-09-2018 отметила усиление кровянистых выделений из прямой кишки, появление алого цвета выделений. Обратилась к колопроктологу. Была выполнена ректороманоскопия, выявлено наличие полиповидного образования 1,5х1см в анальном канале с мелкопапиллярной поверхностью, кровоточащее при контакте. Выполнена биопсия. Гист.№ 29205-6- плоскоклеточный неороговевающий рак анального канала с инвазией подслизистого слоя. Направлена к онкологу по месту жительства. Самостоятельно обратилась в федеральный онкологический центр. При пересмотре стекол препаратов _29205-_06/18_

_Низкодифференцированный плоскоклеточный неороговевающий рак анального канала. Опухоль врастает в слизистую, подслизистую оболочки стенки анального канала. Не обнаружено врастания опухоли в мышечную оболочку анального канала. Края резекции не маркированы.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергоанамнез:аллергия на сульфаниламиды и антибиотики в виде поноса и кандидозного стоматита.В детстве:Ветряная оспа.Инфекционные заболевания:2017 - вирусная пневмония.1980 - сотрясение мозга.Перенесенные операции:1965- тонзиллэктомия, аденоидэктомия. 1972 - аппендэктомия. 1990- экстирпация матки с придатками по поводу гиперплазии эндометрия, кисты яичника.Наследственность не отягощена.Сифилиса не было.Туберкулеза нет.Злокачественные опухоли у родственников:Отец- рак желудка, бабушка по матери- рак желудка.Психических отклонений нет.Не курит.Алкоголь не употребляет.Наркотики не употребляет.Эпидемиологический анамнез:Контактов с больными корью не имела.Профессиональные вредности отрицает.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Рост - 175 см, вес - 82 кг. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее пальпаторно не определяются. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 15 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 15 уд в мин. Ро2 99% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78уд в мин, АД 120/70 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. * Местно: В анальном канале по задней стенке с переходом на нижнеампулярный отдел прямой кишки пальпируется инфильтративно-язвенное образование с мелкобугристыми краями до 2,5х2см, с неглубокой инфильтрацией подлежащих тканей. На ректальном пальце следы крови. Паховые лимфоузлы справа не пальпируется, слева - мягкие, подвижные, безболезненные, до 1см.

Из спектра онкомаркеров, определяемых в крови, наибольшей информативностью у больных раком анального канала обладает определение онкомаркёра

- хиазма

- сигмовидная кишка
- мочевой пузырь
- пищевод

Результаты обследования

Для определения объема лучевого лечения физикальный осмотр врачом-радиотерапевтом больного с объемным образованием в анальном канале должен включать

- проведение тредмил−теста
- проведение пробы Вебера
- проведение пробы Ромберга
- осмотр кожи перианальной области

К необходимым для оценки местной распространенности процесса инструментальным методам обследования у больных раком анального канала относят

- проведение тредмил−теста
- проведение пробы Вебера
- проведение пробы Ромберга
- осмотр кожи перианальной области

Результаты инструментального метода обследования

На основании приведенных данных обследования у больной должен быть установлен клинический диагноз +_____+ C21.1 Рак анального канала

- проведение тредмил−теста
- проведение пробы Вебера
- проведение пробы Ромберга
- осмотр кожи перианальной области

Диагноз

При клинических признаках опухоли в анальном канале план лечения может составляться

- после получения результатов морфологического исследования
- сразу после первичного ректального осмотра
- только после получения данных инструментального обследования
- только после получения лабораторных данных

При радикальном лучевом лечении рака анального канала в объем облучения включают

- только зону первичной опухоли

- на первом этапе − первичную опухоль и зону регионарного метастазирования, на втором этапе − только зоны исходно определявшихся очагов заболевания
- на первом этапе − только зону первичной опухоли; на втором − зоны регионарного метастазирования в зависимости от ответа первичной опухоли на лучевую терапию
- первичную опухоль и зону регионарного метастазирования без сокращения объема облучения в процессе лечения

При проведении химиолучевой терапии рака анального канала нижняя граница поля облучения должна локализоваться на уровне

- дистального края первичной опухоли
- ануса
- 2,5 см ниже дистального края первичной опухоли
- 1 см ниже дистального края первичной опухоли

При T1−T2 опухолях анального канала предпочтительным режимом облучения считают

- РОД 2 Гр до СОД 66−70 Гр на первичную опухоль и зоны регионарного метастазирования
- РОД 2 Гр до СОД 40−44 Гр на первичную опухоль и зоны регионарного метастазирования, далее − дополнительное облучение зоны первичной опухоли СОДэкв за весь курс 48-52 Гр
- РОД 3 Гр до СОДэкв 60Гр на первичную опухоль и зону регионарного метастазирования, далее − дополнительное облучение зоны первичной опухоли СОДэкв за весь курс 48-52 Гр
- РОД 5 Гр до СОДэкв 40−44 Гр на первичную опухоль и зону регионарного метастазирования

При технической доступности у пациентов без поражения регионарных лимфатических узлов возможно проведение локального облучения зоны первичного очага с использованием

- фотодинамической терапии
- рентгенотерапии
- внутриполостной эндоректальной брахитерапии
- внутритканевой лучевой терапии с использованием источника I−125

При локальном облучении зоны первичного очага с использованием высокомощностной брахитерапии оптимальным по эффективности и безопасности считается режим

- индивидуального определения РОД и СОД по результатам дистанционного этапа облучения
- РОД 12 Гр однократно

- РОД 5 Гр СОД 15 Гр одна фракция в неделю
- РОД 3 Гр до СОД 18 Гр 3 фракции в неделю

Оценка эффекта химио-лучевого лечения рака анального канала должна проводиться _____после окончания лечения

- не позднее 4 недель
- через 6 месяцев
- не ранее чем через 8-12 недель
- не позднее чем через 6 недель

При выявлении на этапе оценки эффекта химио−лучевого лечения морфологически верифицированной остаточной опухоли без признаков отдаленного метастазирования пациенту показано

- не позднее 4 недель
- через 6 месяцев
- не ранее чем через 8-12 недель
- не позднее чем через 6 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина Б., 72 лет обратилась к радиотерапевту в связи с выявленным образованием в начальных отделах прямой кишки.
Жалобы
На общую слабость, периодически кровомазание из прямой кишки при дефекации
Анамнез заболевания
Длительно страдала хроническим наружным геморроем с редкими обострениями. Кровомазание из прямой кишки в течение 7 месяцев, прожилки крови в кале при натуживании в течение последних 3 месяцев. Обратилась к колопроктологу. Была выполнена ректороманоскопия, выявлено наличие полиповидного образования 1,5х1 см в анальном канале с мелкопапиллярной поверхностью, кровоточащее при контакте. Выполнена биопсия. Гист. № 2215-9- плоскоклеточный неороговевающий рак.
Анамнез жизни
Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергоанамнез:аллергия на сульфаниламиды и антибиотики в виде поноса и кандидозного стоматита.В детстве:Ветряная оспа.Инфекционные заболевания:2017 - вирусная пневмония.1980 - сотрясение мозга.Перенесенные операции:1965- тонзиллэктомия, аденоидэктомия. 1972 - аппендэктомия. Наследственность не отягощена.Сифилиса не было.Туберкулеза нет.Злокачественные опухоли у родственников:Отец- рак желудка, бабушка по матери- рак желудка.Психических отклонений нет.Не курит.Алкоголь не употребляет.Наркотики не употребляет.Эпидемиологический

анамнез:Контактов с больными корью не имела.Профессиональные вредности отрицает.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Рост – 175 см, вес- 82 кг. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее пальпаторно не определяются. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 15 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 15 уд в мин. Ро2 99% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд в мин, АД 120/70 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. * Местно: Паховые области: справа паховые лимфоузлы не пальпируются, слева - пальпируются тестоватые лимфоузлы 2х1,5 см. Перианальная область не изменена. В анальном канале сразу за жомом по правой боковой стенке пальпируется экзофитное плотное образование до 1,5 см в Д, ограничено подвижное, малоболезненное, не кровоточит

Из спектра онкомаркеров, определяемых в крови, наибольшей информативностью у больных раком анального канала обладает определение онкомаркёра

- не позднее 4 недель
- через 6 месяцев
- не ранее чем через 8-12 недель
- не позднее чем через 6 недель

Результаты обследования

К необходимым для оценки местной распространенности опухоли инструментальным методам обследования у больных раком анального канала относят

- не позднее 4 недель
- через 6 месяцев
- не ранее чем через 8-12 недель
- не позднее чем через 6 недель

Результаты обследования

При обнаружении увеличенных паховых лимфатических узлов у больных раком анального канала наиболее информативным методом исключения их метастатического поражения является

- не позднее 4 недель
- через 6 месяцев
- не ранее чем через 8-12 недель
- не позднее чем через 6 недель

Результаты обследования

На основании приведенных данных обследования у больной должен быть установлен клинический диагноз С21.8 Рак анального канала +_____+ стадии

- не позднее 4 недель
- через 6 месяцев
- не ранее чем через 8-12 недель
- не позднее чем через 6 недель

Диагноз

При клинических признаках опухоли в анальном канале план лечения может составляться после

- первичного ректального осмотра
- анализа лабораторных данных
- получения данных инструментального обследования
- анализа результатов морфологического исследования

При радикальном лучевом лечении рака анального канала в объем облучения включают

- только зону первичной опухоли
- на первом этапе − первичную опухоль и зону регионарного метастазирования, на втором этапе − только зоны исходно определявшихся очагов заболевания
- на первом этапе − только зону первичной опухоли; на втором − зоны регионарного метастазирования в зависимости от ответа первичной опухоли на лучевую терапию
- первичную опухоль и зону регионарного метастазирования без сокращения объема облучения в процессе лечения

При проведении химиолучевой терапии рака анального канала нижняя граница поля облучения должна локализоваться на уровне

- седалищных бугров
- дистального края первичной опухоли
- 2,5 см ниже дистального края первичной опухоли
- ануса

При Т1−Т2 опухолях анального канала предпочтительным режимом облучения считают РОД 2 Гр до СОД +_____+ Гр на первичную опухоль и зоны регионарного метастазирования, далее − дополнительное облучение зоны первичной опухоли СОДэкв за весь курс +_____+ Гр

- 40−44 ; 50−54
- 75-80 ; 40-44
- 60 ; 50−54
- 66-70 ; 40

При технической доступности у больных раком анального канала возможно проведение локального облучения зоны первичного очага с использованием

- внутриполостной эндоректальной брахитерапии
- фотодинамической терапии
- внутритканевой лучевой терапии с использованием источника I−125
- рентгенотерапии

При локальном облучении зоны первичного очага с использованием высокомощностной брахитерапии оптимальным по эффективности и безопасности считается режим

- РОД 3 Гр до СОД 18 Гр 3 фракции в неделю
- РОД 12 Гр однократно
- индивидуального определения РОД и СОД по результатам дистанционного этапа облучения
- РОД 5 Гр СОД 15 Гр одна фракция в неделю

Оценка эффекта химио-лучевого лечения рака анального канала должна проводиться +_____+ после окончания лечения

- не позднее чем через 4 недель
- не ранее чем через 6 месяцев
- не позднее чем через 6 недель
- не ранее, чем через 8-12 недель

Из физических методов радиомодификации при местно распространенном раке анального канала рекомендовано применение

- не позднее чем через 4 недель
- не ранее чем через 6 месяцев

- не позднее чем через 6 недель
- не ранее, чем через 8-12 недель

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка 35 лет обратилась самостоятельно в РНЦРР для решения вопроса о проведении курса лучевой терапии
Жалобы
На контактные кровянистые выделения из половых путей, слабость, тяжесть внизу живота, боли в пояснице
Анамнез заболевания
С февраля 2019 года отмечает межменструальные кровянистые выделения из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства в г. Назрани, выявлена опухолевая патология шейки матки. В РКБ 22-04-19 произведена биопсия шейки матки. Обратилась в РНЦРР для решения вопроса о тактике лечения. Консультация стекол препаратов в РНЦРР 8621-22/19. Готовые препараты 19-1-038 922 С1-2 Низкодифференцированный плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. При МРТ − опухоль шейки матки 5,0х4,2х4,7см, с инвазией в параметрии слева. Тазовая лимфаденопатия. В процессе амбулаторного комплексного обследования − эпизод кровотечения из половых путей. По СМП экстренно госпитализирована в ГКБ№67 г. Москвы. Проводилась консервативная гемостатическая терапия − без существенного эффекта, лечение окклюзивного тромбоза яремной вены. 7−05−2019 выполнена эмболизация маточных артерий с обеих сторон для купирования метроррагии. Кровотечение остановлено. После выписки из ГКБ№67 повторно обратилась в РНЦРР. На момент данного обращения анемия 3 ст., Hb 66 г/л. Консультация в рамках междисциплинарного консилиума.
Анамнез жизни
Росла и развивалась по возрасту. Сопутствующие заболевания: Ожирение 2ст. Холецистит хронический. Хронический панкреатит. Хронический цистит. Моче−каменная болезнь. Аллергоанамнез:не отягощен.В детстве:ветряная оспа, корь.Инфекционные заболевания:отрицает.Травм не отмечает.Перенесенные операции:Внематочная беременность в 2006г. - тубэктомия. Наследственность не отягощена.Сифилиса не было.Туберкулеза нет.Злокачественные опухоли:у тети рак молочной железы, другая тетя опухоль позвоночника.Психических отклонений нет.Не курит.Алкоголь не употребляет.Наркотики не употребляет.Эпидемиологический анамнез:С больными корью в течение последнего месяца не контактировала.Профессиональные вредности не отмечены.
Объективный статус
Настоящее состояниеПоложениеактивное.Общее состояние удовлетворительное.Телосложение гиперстеническое. Вес 96 кг, рост 162 см. Кожа и видимые слизистые чистые, бледные.Лимфатические узлы нормальных размеров.Костно-мышечный аппарат без патологии.Щитовидная железа не

увеличена.Молочные железы не изменены. Неврологический статус.без патологии. Органы кровообращенияПульс ритмичный70 ударов в мин.ослаблен.Тоны сердца ритмичные,приглушены.Шумы сердца не выявлены.Границы сердца в пределах нормы.АД:110/70 мм. рт. ст. Органы дыханияДыхание свободное.Одышки нет.Перкуторно легочный звук над всеми областями.Дыхание (аускультативно)везикулярное, проводится равномерно.Хрипы не прослушиваются. Мочевыделительная системаОбласть почек не изменена.Почки не пальпируются.Симптом Пастернацкого отрицательныйс обеих сторон.Мочеиспускание не учащено, безболезненно. Органы пищеваренияЯзык влажный,чистый.Живот правильной формы.Живот в акте дыхания участвует равномерно.Его форма не изменена.При пальпации живот мягкий, безболезненный.При перкуссии - патология не выявлена.Аускультативно - патология не выявлена.Симптомы раздражения брюшины отсутствуют.Грыжевые выпячивания не выявлены.Граница печени при перкуссии в пределах нормыПри пальпации печень безболезненна.Печеночная тупость в нормальных пределах.Селезенка не пальпируется.Отмечаются запоры.

У больных местно распространенным раком шейки матки при размере опухоли более 4 см, инфильтрирующей передний свод влагалища, обязательным для установления стадии опухолевого процесса является выполнение

- не позднее чем через 4 недель
- не ранее чем через 6 месяцев
- не позднее чем через 6 недель
- не ранее, чем через 8-12 недель

Результаты обследования

«Методом выбора» для уточнения местной распространенности опухоли шейки матки у данной больной является

- не позднее чем через 4 недель
- не ранее чем через 6 месяцев
- не позднее чем через 6 недель
- не ранее, чем через 8-12 недель

Результаты обследования

На основании проведенного клинико−инструментального обследования больной может быть установлен диагноз С53.8 Рак шейки матки +_____+ стадии

- не позднее чем через 4 недель
- не ранее чем через 6 месяцев
- не позднее чем через 6 недель
- не ранее, чем через 8-12 недель

Диагноз

Наиболее информативным и прогностически значимым онкомаркером в диагностике плоскоклеточного рака шейки матки является определение в крови у женщины

- не позднее чем через 4 недель
- не ранее чем через 6 месяцев
- не позднее чем через 6 недель
- не ранее, чем через 8-12 недель

Результаты обследования

Учитывая объем первичной опухоли более 50 см^3^, признаки метастатического поражения регионарных лимфоузлов, эндоваскулярные вмешательства на маточных сосудах, постгеморрагическую анемию 3 ст., больной предложено проведение на первом этапе неоадъювантной ПХТ. С 10.06.2019 по 26.07.2019г. проведено 3 курса НПХТ по месту жительства с введением Паклитаксела 315 мг, Цисплатина 126 мг. Перенесла удовлетворительно. По данным МРТ органов малого таза − положительная динамика: матка тело anteflexio, без изменений дифференцировки слоев. Шейка матки и влагалище: уменьшение толщины ранее выявленного патологического сигнала шейки матки с 0,9 см. до 0,5 см., при прежней протяженности (вся длина шейки матки вдоль цервикального канала). Параметрии без инфильтрации. На следующем этапе лечения больной целесообразно проведение

- предоперационной дистанционной лучевой терапии на область таза до СОД 30Гр с последующим радикальным хирургическим вмешательством
- радикального хирургического лечения − нервосберегающей расширенной экстирпации матки с транспозицией яичников
- циторедуктивного хирургического лечения с последующей внутритканевой лучевой терапией в зоне остаточной опухоли
- только радикальной сочетанной лучевой терапии на фоне еженедельного введения Цисплатина в дозе 40 мг/м^2^ на протяжении лучевой терапии

Радикальная сочетанная лучевая терапия при раке шейки матки предусматривает сочетание

- лучевой терапии и химиотерапии
- внутриполостной и внутритканевой лучевой терапии
- дистанционной и внутритканевой лучевой терапии
- дистанционной и внутриполостной лучевой терапии

22-08-19 года больной проведено радикальное хирургическое лечение в объеме расширенной нервосберегающей экстирпации матки без придатков, в/3 влагалища, транспозиции яичников, тазово−парааортальной

лимфаденэктомии (Piver IIIC1). Гистологическое заключение №25822-836/19 1. Плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки, лечебный патоморфоз 2 степени (идентификации пригодно менее 50% клеток рака). Опухоль врастает в строму шейки матки на глубину 0,3 см (1/3 толщины стенки шейки матки в области переходной зоны). Не обнаружено врастания опухоли в эндометрий, миометрий, стенку влагалища. В крае резекции стенки влагалища опухолевые клетки не обнаружены. 2. Правая маточная труба обычного гистологического строения. 3. Левая маточная труба обычного гистологического строения. 4. Фрагмент жировой ткани без опухолевого роста. 5. В 30 подвздошных и парааортальных лимфоузлах опухолевые клетки не обнаружены. Исходя из данных дооперационного обследования и послеоперационного гистологического исследования удаленного материала, больная относится к группе_____ риска

- промежуточно−высокого
- высокого
- низкого
- промежуточного

Исходя из полученных клинико-диагностических данных дооперационного обследования и послеоперационного гистологического исследования удаленного материала, больной в послеоперационном периоде показано проведение

- адъювантной лучевой терапии на фоне химиорадиомодификации Карбоплатином AUC 2 с еженедельным введением
- адъювантной внутриполостной лучевой терапии
- адъювантной химиотерапии
- динамического наблюдения

Для профилактики посткастрационного синдрома у больных в возрасте до 40 лет до начала лучевого лечения возможно выполнение

- транспозиции яичников за матку
- транспозиции яичников к гребням подвздошных костей
- удаления яичников
- стереотаксического облучения зоны гипофиза

При проведении адъювантного дистанционного облучения у больных раком шейки матки «методикой выбора» в настоящее время считают

- гамма−терапию в статическом режиме с двух противолежащих полей на область малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОД экв. 50 Гр
- конформное облучение малого таза и зон регионарного метастазирования в режиме IMRT РОД 2 Гр 5 раз в неделю до СОД 46−50 Гр

- стереотаксическое облучение
- протонную терапию

Для внутриполостного облучения (брахитерапии) при раке шейки матки наиболее часто используются источники ионизирующего излучения

- ^103^Pd и 60Co
- ^125^ I и 192Ir
- ^169^Yb и 99Te
- 60Co и 192Ir

Наиболее частым видом ранних осложнений комбинированного лечения рака шейки матки является

- ^103^Pd и 60Co
- ^125^ I и 192Ir
- ^169^Yb и 99Te
- 60Co и 192Ir

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 27 лет направлена онкогинекологом в федеральный онкологический центр для решения вопроса о проведении курса лучевой терапии
Жалобы
На контактные кровянистые выделения из половых путей, слабость, тяжесть внизу живота, боли в пояснице
Анамнез заболевания
Анамнез в течение года, когда впервые отметила появление межменструальных кровянистых выделений из половых путей при поднятии тяжестей. К врачу не обращалась до апреля 2019 года. В апреле 2019 года в связи с мажущими кровянистыми выделениями из половых путей обратилась к гинекологу в частный медицинский центр, направлена на обследование по месту жительства в г. Тамбове. При обследовании выявлена опухоль шейки матки больших размеров. с инфильтрацией нижней трети тела матки, передней стенки влагалища, с полным поражением маточно-пузырной клетчатки и инфильтрацией стенки мочевого пузыря в области треугольника Льето и устья правого мочеточника с его престенотическим расширением до 1,4 см, параметральную клетчатку с вовлечением обоих мочеточников. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Выполнена конхотомная биопсия, гист.№ 19419 - плоскоклеточный рак шейки матки. При цистоскопии - прорастание опухолью аналогичного строения мочевого пузыря на площади 3х3 см в области треугольника Льето. Самостоятельно обратилась в МНКЦ им. Логинова, в хирургическом лечении отказано. Направлена на консультацию радиотерапевта в РНЦРР.

Анамнез жизни
Росла и развивалась по возрасту. Детские инфекции отрицает. Прививки по возрасту. 2004 год - о.пиелонефрит.
ОПЕРАЦИИ: аппендэктомия - 2000 год. Удаление фиброгранулем с обеих ушных раковин - 2003.
ТРАВМА: сотрясение мозга -2017 год. Инфекционные заболевания, аллергии на лекарства отрицает.
СЕМЕЙНЫЙ ОНКОАНАМНЕЗ: дядя по отцу - рак поджелудочной железы.
Гинекологический анамнез Количество беременностей 0.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 155 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется ясный лёгочный звук, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 99% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 120/85 мм. рт. ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
У больных местнораспространенным раком шейки матки при размере опухоли более 4 см, инфильтрирующий передний свод влагалища, обязательным является выполнение

- ^103^Pd и 60Co
- ^125^ I и 192Ir
- ^169^Yb и 99Te
- 60Co и 192Ir

Результаты обследования

«Методом выбора» для уточнения местной распространенности опухоли шейки матки у данной больной является

- ^103^Pd и 60Co
- ^125^ I и 192Ir
- ^169^Yb и 99Te
- 60Co и 192Ir

Результаты обследования

На основании данных клинико−инструментального обследования больной может быть установлен диагноз С53.8 Рак шейки матки +_____+ стадии

- ^103^Pd и 60Co
- ^125^ I и 192Ir
- ^169^Yb и 99Te
- 60Co и 192Ir

Диагноз

У пациентки выявлен двусторонний уретерогидронефроз. До начала лечения целесообразно в первую очередь выполнить

- гемодиализ
- двустороннее дренирование верхних мочевых путей
- установку эпицистостомы
- установку постоянного уретрального катетера типа Фолея

При УЗИ почек − двусторонняя каликопиелоэктазия (с расширением ЧЛС справа до 38х22 мм, слева − до 27х20), уретероэктазия до 14 мм справа, 11 мм − слева. 30-05-2019 выполнена двусторонняя нефростомия − без осложнений. Диурез адекватный. Согласно данных анамнеза, клинического обследования, установленной стадии заболевания на первом этапе пациентке целесообразно провести

- неоадъювантную химиотерапию
- предоперационную дистанционную лучевую терапию на область таза до СОД30 Гр с последующим радикальным хирургическим вмешательством
- радикальную сочетанную лучевую терапию на фоне еженедельного введения Цисплатина в дозе 40 мг/м^2^ на протяжении лучевой терапии
- циторедуктивное хирургическое лечение с последующей внутритканевой лучевой терапией в зоне остаточной опухоли

Радикальная сочетанная лучевая терапия при раке шейки матки предусматривает сочетание

- дистанционной и внутритканевой лучевой терапии
- внутриполостной и внутритканевой лучевой терапии
- дистанционной и внутриполостной лучевой терапии
- лучевой терапии и химиотерапии

Оптимальным режимом дистанционного облучения для радикальной лучевой терапии местно распространенного рака шейки матки является

- гамма−терапия в режиме многоосевой ротации на область малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОД экв. 50 Гр
- стереотаксическое облучение малого таза и зон регионарного метастазирования РОД3 Гр 3 раза в неделю до СОД экв. 50 Гр, облучение парааортальной области РОД 1,8 Гр 5 раз в неделю до СОД 40 Гр
- конформное облучение малого таза и зон регионарного метастазирования в режиме IMRT РОД 2 Гр 5 раз в неделю до СОД 46−50 Гр
- гамма−терапия в статическом режиме с двух противолежащих полей на область малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОД экв. 50 Гр

В планируемый объем облучения у больных раком шейки матки IVa стадии необходимо включать _____лимфатические узлы

- паратрахеальные
- паховые
- пресакральные
- аксиллярные

Для профилактики посткастрационного синдрома у больных в возрасте до 40 лет до начала радикального лучевого лечения возможно выполнение

- транспозиции яичников за матку
- транспозиции яичников к гребням подвздошных костей
- стереотаксического облучения зоны гипофиза
- удаления яичников

При лечении больных раком шейки матки по радикальной программе суммарные дозы от курса сочетанной лучевой терапии в зоне первичного очага (D90 HR−CTV или в т. А) составляют +_____+ Гр

- 70
- 60
- 80−90
- 46−50

Для внутриполостного облучения (брахитерапии) при раке шейки матки наиболее часто используются источники ионизирующего излучения

- 60Co и 192Ir
- ^103^Pd и Tc99
- ^169^Yb и 192Ir
- ^125^ I и 60Co

При проведении внутриполостного облучения у больной раком шейки матки IVa стадии (T4aN0M0), «критическим органом» с наименьшим резервом толерантности является

- 60Co и 192Ir
- ^103^Pd и Tc99
- ^169^Yb и 192Ir
- ^125^ I и 60Co

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная Д., 48 лет, направлена к врачу−радиотерапевту для решения вопроса о профилактическом облучении после вульвэктомии
Жалобы
На момент осмотра активно не предъявляет
Анамнез заболевания
В течение 8 лет наблюдалась у гинеколога по поводу зуда вульвы. Проводилось симптоматическое лечение кортикостероидными мазями, седативная терапия, терапия гормоносодержащим кремом (Овестин®). При гинекологическом осмотре по месту жительства в декабре 2017 года выявлено полиповидное разрастание в области клитора с переходом на слизистой малой половой губы справа, размерами 1,5х1 см. Выполнена биопсия образования вульвы, гист. иссл−е №6282-83/18. Готовые препараты № 1364/18 − умеренно дифференцированный плоскоклеточный ороговевающий рак кожи вульвы. Опухоль врастает в сосочковый и ретикулярный слои дермы. Подкожная жировая клетчатка не представлена в препарате. Невозможно высказаться о краях резекции, не маркированы. Больная обратилась в РНЦРР для консультации и лечения. В РНЦРР проводилась консультация стекло-препаратов, диагноз подтвержден. После комплексного обследования, 24-04-2018 выполнена расширенная вульвэктомия, двухсторонняя паховая лимфаденэктомия. Послеоперационный период протекал гладко. Заживление первичным натяжением. Послеоперационное гистологическое заключение №10888-909/18.
Заключение: Умереннодифференцированный плоскоклеточный ороговевающий рак кожи вульвы. Опухоль врастает в сосочковый и ретикулярный слои дермы на глубину 0,7 см. В краях резекции опухолевые клетки не обнаружены, минимальное расстояние от краев опухоли до края резекции 0,6 см. В 5 паховых лимфоузлах справа, 2 − слева опухолевые клетки не обнаружены. Направлена на консультацию врача−радиотерапевта.
Анамнез жизни
Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергию на лекарственные препараты отрицает. Хирургические вмешательства ранее, травмы, инфекционные заболевания

отрицает. Семейный анамнез не отягощен. Б−1, Р−1. Гинекологические заболевания: зуд вульвы с 40 лет.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 167 см. Температура тела 36,5°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Периферические лимфоузлы в подмышечных и паховых областях, на шее пальпаторно не определяются. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Границы лёгких в пределах нормы. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро 2 99% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд в мин, АД 120/70 мм. рт. ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. * Местно: в паховых зонах – рубцы после лимфаденэктомии, без гиперемии и инфильтрации, заживление первичное; вульва удалена, рубец на 12 часах уплотнен, без явных объемных образований, в других отделах рубец после вульвэктомии без гиперемии и инфильтрации, заживление первичное. Влагалище глубокое, стенки эластичные, вегетаций и инфильтрации нет. Шейка матки цилиндрическая, 25х20 мм, экзоцервикс гладкий, визуально не изменен. Матка не увеличена, плотная, округлая, подвижная. Придатки не пальпируются. Объемные образования в малом тазу не пальпируются. Выделения светлые.

Рак вульвы в России является +_____+ встречающейся патологией: его частота составляет +_____+ % в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женских половых органов

- часто; 40
- часто; 25
- редко; 0,5
- редко; 5

Основным методом исследования для подтверждения диагноза рака вульвы является

- часто; 40
- часто; 25
- редко; 0,5
- редко; 5

Результаты обследования

На основании данных дооперационного обследования и послеоперационного гистологического заключения у больной может быть установлен клинический диагноз +_____+ Рак вульвы +_____+ стадии

- часто; 40
- часто; 25
- редко; 0,5
- редко; 5

Диагноз

При подозрении на отдаленное метастазирование предпочтительным методом инструментальной диагностики является

- мультифокальная биопсия печени
- УЗ мультифокальная трансторакальная пункция
- УЗИ органов брюшной полости
- ПЭТ или ПЭТ-КТ

На основании полученных до начала лечения клинико-диагностических данных, проведение лучевой терапии на первом этапе лечения

- не показано, целесообразно выполнение хирургического этапа лечения
- показано в виде предоперационной аппликационной лучевой терапии в эквивалентной СОД 40 Гр
- проводится в виде неоадъювантного химио−лучевого лечения
- показано в виде предоперационной дистанционной лучевой терапии в эквивалентной СОД 30 Гр

По результатам до− и послеоперационного морфологического исследования, у больной определяется +___+ фактор(а) неблагоприятного прогноза

- 2
- 1
- 3
- 4

На основании данных дооперационного комплексного обследования и данных послеоперационного гистологического заключения, адъювантное лечение данной больной

- целесообразно в объеме адъювантного химио−лучевого лечения с облучением вульварного кольца и обеих паховых областей
- целесообразно в объеме адъювантного облучения вульварного кольца и обеих паховых областей

- целесообразно в объеме адъювантного облучения вульварного кольца
- нецелесообразно ввиду отсутствия факторов неблагоприятного прогноза

В случае назначения адъювантного облучения, предпочтительным методом лучевой терапии у данной больной является

- близкофокусная рентгенотерапия
- внутриполостная лучевая терапия
- дистанционная лучевая терапия
- внутритканевая лучевая терапия источниками ^125^I низкой мощности дозы

Предпочтительным вариантом дистанционной лучевой терапии в адъювантном лечении рака вульвы I стадии является

- облучение на гамма−аппарате с одного промежностно−вульварного и двух пахово−подвздошных полей
- облучение на гамма−аппарате с одного промежностно−вульварного поля
- стереотаксическое облучение на линейном ускорителе
- конформное облучение на линейном ускорителе в режиме IMRT

В случае назначения адъювантного лучевого лечения, оптимальной дозой облучения у данной больной является СОД экв +____+ Гр

- 56
- 46
- 36
- 66

«Органами риска» при адъювантной лучевой терапии у данной больной являются

- диафрагма
- анус
- надпочечники
- печень

Наиболее частым видом ранних осложнений адъювантной лучевой терапии у больных раком вульвы является

- диафрагма
- анус
- надпочечники
- печень

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Больная С., 65 лет, направлена к врачу−радиотерапевту для решения вопроса о проведении адъювантной лучевой терапии
Жалобы
На момент осмотра активно не предъявляет
Анамнез заболевания
С 2008 года - лейкоплакия и склерозирующий лишай вульвы с зудом, проводилось консервативное лечение без эффекта. В августе 2018 года - трещина на задней спайке. В ГКБ№7 выполнено широкое иссечение тканей в области задней спайки влагалища и промежности, гист.№ 60392-96/18– VIN III с переходом в рак in situ, в двух участках подозрительно на начало инвазии. От предложенного хирургического лечения в объеме вульвэктомии больная на тот момент категорически отказалась, о последствиях информирована. К врачу−радиотерапевту на тот момент не направлялась. В частной клинике в г. Москве в декабре 2018 года выполнена ФДТ на область рубца в зоне задней спайки влагалища. Через 4 месяца, в апреле 2019 года при УЗИ выявлено увеличение пахового лимфоузла слева, в пунктате цит.№2019/10688 от 13.06.2019 - плоскоклеточный рак. 15-07-2019 в РОНЦ выполнена расширенная вульвэктомия, двусторонняя паховая лимфаденэктомия. Гист.№ 28497/2019 - на правой малой половой губе участок 1х1 см коричневого цвета, микроскопически - VINIII с переходом в рак in situ; в области задней комиссуры - участок изъязвления 1,5х1см, до края резекции менее 0,5 см, микроскопически опухоль не обнаружена. В паховых лимфоузлах справа без метастазов, слева в одном из 6 лимфоузлов - плоскоклеточный ороговевающий рак. Обратилась в РНЦРР. Направлена на консультацию врача−радиотерапевта. При пересмотре стеклопрепаратов в РНЦРР: 60392-96/18: Плоскоклеточный ороговевающий рак кожи вульвы. Глубина инвазии стромы 0,1 см. Края резекции кожи не маркированы. Готовые препараты стекла 28497/19: Плоскоклеточный ороговевающий рак кожи вульвы. Глубина инвазии стромы 0,1 см. В краях резекции кожи вульвы (окрашены) опухоль не обнаружена. В 1 из 10 регионарных лимфоузлах метастаз плоскоклеточного рака с прорастанием капсулы лимфоузла.
Анамнез жизни
Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергию на лекарственные препараты отрицает. Хирургические вмешательства ранее, травмы, инфекционные заболевания отрицает. Семейный анамнез не отягощен. *Гинекологический анамнез*Количество беременностей2.Роды2.Аборты:0.Менопауза с:53лет.Гинекологические заболевания:эрозия шейки матки после I родов - ДЭК в 1978 г. Склерозирующий лишай и лейкоплакия вульвы с 54 лет.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 70 кг, рост 167 см. Температура тела 36,5°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски._ _ * Периферические лимфоузлы в подмышечных и паховых областях, на шее пальпаторно не определяются. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка

правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 99%. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд в мин, АД 120/70 мм. рт. ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. * Местно: В паховых областях - свежие рубцы после лимфаденэктомиии, заживление р.1, определяется послеоперационное уплотнение рубцов с обеих сторон, больше слева, с переходом на переднюю поверхность бедра. В области вульвы швы полностью разошлись, воспалительной инфильтрации нет. Вход во влагалище гиперемирован, болезненен. Осмотр в зеркалах невозможен. Пальпаторно на протяжении влагалища без вегетаций, справа в толще влагалищной стенки - инфильтративное образование до 1,5 см в Д. Шейка матки цилиндрическая, 25х20мм, экзоцервикс гладкий, визуально не изменен. Матка не увеличена, плотная, округлая, подвижная. Придатки не пальпируются. Объемные образования в малом тазу не пальпируются. Выделения светлые. * Выполнена пункция образования в толще влагалищной стенки, в цитограмме опухолевых элементов не получено.

Рак вульвы в РФ является +_____+ встречающейся патологией: его частота составляет до +_____+ % в структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями женских половых органов

- редко; 5
- часто; 40
- редко; 0,5
- часто; 25

Основным методом исследования для подтверждения диагноза рака вульвы является

- редко; 5
- часто; 40
- редко; 0,5
- часто; 25

Результаты обследования

На основании данных дооперационного обследования и послеоперационного гистологического заключения у больной может быть установлен клинический диагноз _____ Рак вульвы _____ стадии

- редко; 5
- часто; 40
- редко; 0,5
- часто; 25

Диагноз

У больных раком вульвы с признаками паховой лимфаденопатии для установления диагноза до начала лечения необходимо выполнить

- определение и пункцию или кор−биопсию из «сторожевых» лимфоузлов с цитологическим и/или гистологическим исследованием пунктата
- пункцию или кор−биопсию из увеличенных (подозрительных) лимфоузлов с цитологическим и/или гистологическим исследованием пунктата
- УЗлимфосцинтиграфию с Te−99
- ПЭТ−КТ

На основании полученных до начала лечения клинико-диагностических данных, у данной больной проведение лучевой терапии на первом этапе лечения

- не показано, целесообразно выполнение хирургического этапа лечения
- проводится в виде неоадъювантного химио−лучевого лечения
- показано в виде предоперационной аппликационной лучевой терапии в эквивалентной СОД 40 Гр
- показано в виде предоперационной дистанционной лучевой терапии в эквивалентной СОД 30 Гр

По результатам до− и послеоперационного морфологического исследования, у больной определяется +____+ фактор(а) неблагоприятного прогноза

- 4
- 2
- 1
- 6

На основании данных дооперационного комплексного обследования и послеоперационного гистологического заключения, адъювантное лечение данной больной целесообразно в объеме

- облучения пахово- подвздошных лимфоузлов
- облучения вульварного кольца и обеих паховых областей
- химиотерапии цисплатином 100 мг/м² в 1 день с интервалом 3 недели
- химиолучевой терапии с облучением вульварного кольца и обеих паховых областей

В случае назначения адъювантного облучения, предпочтительным методом лучевой терапии у данной больной является _____ на область вульвы и/или зоны регионарные метастазирования: пахово-бедренные, наружные и внутренние подвздошные области

- внутритканевая лучевая терапия источниками ^125^I низкой мощности дозы
- внутриполостная лучевая терапия
- дистанционная лучевая терапия
- близкофокусная рентгенотерапия

Предпочтительным вариантом дистанционной лучевой терапии у больной раком вульвы IIIC (pT1aN2cM0) стадии является

- облучение на гамма−аппарате с одного промежностно−вульварного поля
- конформное облучение на линейном ускорителе в режиме IMRT
- стереотаксическое облучение на линейном ускорителе
- облучение электронным пучком

В случае назначения адъювантного лучевого лечения, оптимальной дозой облучения у данной больной является СОДэкв +____+ Гр

- 46
- 66
- 36
- 56

«Органами риска», обязательными для оконтуривания с целью расчета подводимых толерантных доз у данной больной, являются

- петли тонкого кишечника
- печень, восходящий отдел толстого кишечника
- диафрагма, легкие
- надпочечники

После выписки из радиологического центра данной пациентке следует рекомендовать

- петли тонкого кишечника
- печень, восходящий отдел толстого кишечника
- диафрагма, легкие
- надпочечники

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 1953 года рождения обратилась к врачу-радиотерапевту за консультацией по направлению нейрохирурга

Жалобы

Трудность в формировании мысли, произношении слов.

Анамнез заболевания

В конце апреля 2019г. пациентка пожаловалась на нарушение речи, нарушение походки (подтягивала правую ногу). В мае 2019г наблюдался эпизод генерализованных судорог. При МСКТ выявлена опухоль левой лобной доли головного мозга. В НМИЦ им. Н.Н.Бурденко – в мае, субтотальное удаление внутримозговой опухоли левой лобной доли. Гистологически – глиобластома Пациентка направлена к радиотерапевту с целью определения возможности проведения лучевого лечения злокачественного новообразования головного мозга.

Анамнез жизни

Росла и развивалась нормально. Замужем, имеет двоих детей. Работает педагогом. Хронические заболевания отрицает; Не курит, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не принимает; Профессиональных вредностей не имела; Аллергическая реакция на сульфаниламиды в виде крапивницы; У матери - рак кожи.

Объективный статус

* Состояние относительно удовлетворительное. Рост 160, вес 70 кг. Кожные покровы обычной окраски и влажности. В проекции послеоперационного поля сформирован рубец, без признаков воспаления. Периферических отеков нет. Дыхание везикулярное. ЧДД 15 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ЧСС 72 в мин, АД 120/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень по краю реберной дуги. Мочеиспускание не учащено, безболезненное. * Общемозговых и менингеальных знаков нет. На момент поступления индекс Карновского 80%. Ориентирована во времени и пространстве. Глазные щели симметричные. Движение глазных яблок в полном объёме. Нистагма нет. Носо-губные складки не сглажены. Углы рта симметричные. Язык по средней линии. Сухожильные и периостальные рефлексы d=s. В позе Ромберга стоит уверено. Пальце - носовую пробу выполняет удовлетворительно.

Для полной оценки данных МРТ при глиобластоме рекомендовано проведение исследования в +_____+ в стандартных режимах

- петли тонкого кишечника
- печень, восходящий отдел толстого кишечника
- диафрагма, легкие
- надпочечники

Результаты обследования

Методом, позволяющим диагностировать продолженый рост опухоли ЦНС, является

- петли тонкого кишечника

- печень, восходящий отдел толстого кишечника
- диафрагма, легкие
- надпочечники

Результаты обследования

Глиобластома относится к опухолям головного мозга +____+ степени злокачественности

- II
- IV
- III
- I

Больной глиобластомой после частичного хирургического удаления опухоли показана

- радиохирургия
- внутритканевая лучевая терапия
- внутривенное ведение радионуклидов
- дистанционная лучевая терапия

Оптимальным фиксирующим устройством при разметке данного пациента является

- фиксирующая термопластическая маска для головы с подголовником
- подголовник
- фиксирующий матрац
- стереотаксическая рама

Лучевая терапия при глиобластоме проводится до СОД +___+ Гр

- 60
- 72
- 46
- 54

Рекомендованный срок начала лучевой терапии после хирургического этапа составляет до +_____+ недель

- 8
- 10
- 12
- 6

Стандартным режимом фракционирования в данной клинической ситуации является

- режим крупного фракционирования
- режим мультифракционирования
- режим гипофракционирования
- классический с РОД 1,8-2,2 Гр

При оконтуривании глиобластомы на формирование объема CTV необходимо сделать отступ от GTV не менее +_____+ см

- 1
- 2 - 3
- 0.5
- 0.2

На фоне лучевой терапии глиомы высокой степени злокачественности возможен прием химиопрепарата

- цисплатин
- капецитабин
- метотрексат
- темозоломид

При назначении препарата дексаметазон для уменьшения отека тканей головного мозга с целью гастропротекции рекомендуется прием препарата из группы

- блокаторов медленных кальциевых каналов
- в-адреноблокаторов
- гидроксид алюминия
- блокаторов протонной помпы

В течение двух лет после лечения контрольное МРТ головного мозга у пациентов с глиобластомой рекомендуется проводить каждые +_____+ месяца/месяцев

- блокаторов медленных кальциевых каналов
- в-адреноблокаторов
- гидроксид алюминия
- блокаторов протонной помпы

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина, 57 лет. В течение 6 месяцев отмечает боли при глотании. В последние 3 месяца увеличились лимфоузлы на шее справа. Обратился к онкологу по месту жительства

Жалобы
На боли при глотании, затруднения при приеме пищи, увеличение лимфоузлов на шее справа
Анамнез заболевания
Стал отмечать рост образования в области ротоглотки около 6 месяцев назад и увеличение лимфоузлов на шее справа в течение последних трех месяцев. Противоопухолевого лечения не получала. Обратился к онкологу по месту жительства_ _для дообследования и лечения
Анамнез жизни
Росл и развивалась в соответствии с возрастными нормами. Курение в течение 35 лет по 15-20 сигарет в день
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 87 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы физиологической окраски. * Местный статус: Бугристая опухоль поражает корень языка с переходом на валекулу, правый черпал, правую черпалонадгортанную складку. На шее справа в уровне II имеется образование, размером до 5 см. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 14 уд в мин. Ро2 98% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд в мин, АД 120/85 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный
К основным методам обследования для постановки диагноза относятся

- блокаторов медленных кальциевых каналов
- в-адреноблокаторов
- гидроксид алюминия
- блокаторов протонной помпы

Результаты обследования

Наиболее информативным методом постановки диагноза является

- блокаторов медленных кальциевых каналов
- в-адреноблокаторов
- гидроксид алюминия
- блокаторов протонной помпы

Результаты обследования

Пациенту поставлен диагноз

- блокаторов медленных кальциевых каналов
- в-адреноблокаторов
- гидроксид алюминия
- блокаторов протонной помпы

Диагноз

Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить

- блокаторов медленных кальциевых каналов
- в-адреноблокаторов
- гидроксид алюминия
- блокаторов протонной помпы

Результаты обследования

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводится в условиях

- Отделения интенсивной терапии
- амбулатории
- дневного стационара
- стационара

Пациенту на первом этапе показано +_____+ лечение

- химиотерапевтическое
- лучевое
- хирургическое
- фотодинамическое

Ввиду потенциально большого объема хирургического вмешательства, больной отказался от предложенной операции. В качестве альтернативы предложено химиолучевое лечение. Для конкурентной химиолучевой терапии при местно-распространенном раке ротоглотки используются препараты

- ломустин или оксалиплатин
- цисплатин или карбоплатин
- 5-фторурацил или цетуксимаб
- дакарбазин или темозоломид

При конкурентной химиолучевой терапии на фоне химиотерапии циплатином в 1, 22, 43 дни лечения используется дозировка препарата +_____+ мг/м^2^

- 200
- 300
- 100
- 400

Объем облучения радикального курса дистанционной лучевой терапии при опухоли ротоглотки cT3N2M0 представлен первичным очагом и клинически определяемые метастазы – СОД +_____+ Гр (2 Гр/фракция). Клинически не измененные группы лимфоузлов

- 56-60 ; не облучаются
- 66-70 ; не облучаются
- 66-70 ; 50 Гр (2 Гр/фракция)
- 66-70 ; 36-40 Гр (2 Гр/фракция)

Отступ на клинический объем мишени высокого риска для первичной опухоли ротоглотки (CTV), согласно современным рекомендациям составляет_____мм

- 1-3
- 15-20
- 20-30
- 5-10

Клинический отступ на планируемый объем мишени (PTV) составляет CTV2 + 3-5 мм и зависит от

- размеров первичного очага
- метода визуализации при топометрической подготовке
- точности укладки
- степени распространенности опухолевого процесса

В первые 1-2 года наблюдение у районного онколога показано пациенту с периодичностью один раз в течение +_____+ месяцев

- размеров первичного очага
- метода визуализации при топометрической подготовке
- точности укладки
- степени распространенности опухолевого процесса

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина, 55 лет, больна в течение 6 месяцев, когда впервые отметила заложенность носа. Лечилась консервативно от хронического вазомоторного ринита, без эффекта. Обратилась к онкологу по месту жительства.
Жалобы
Затрудненное носовое дыхание
Анамнез заболевания
Больна в течение 6 месяцев, когда впервые отметила заложенность носа. Лечилась консервативно от хронического вазомоторного ринита, без эффекта. Обратилась к онкологу по месту жительства.
Анамнез жизни
Росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. Вредные привычки (курение, алкоголь) отсутствуют
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 75 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы физиологической окраски._ _ * Видимые слизистые полости рта, ротоглотки чистые, без патологии. * Местный статус: Образование размером до 4 см. плотно прилежит к носовой перегородке, деформирует перегородку с выраженным сужением просвета левой половины полости носа. Зоны регионарного метастазирования свободны. * Дыхание через нос затруднено. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над - и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 98% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
К основным методам обследования для постановки диагноза относятся

- размеров первичного очага
- метода визуализации при топометрической подготовке
- точности укладки
- степени распространенности опухолевого процесса

Результаты обследования

Наиболее информативным методом постановки диагноза злокачественной опухоли полости носа является

- размеров первичного очага
- метода визуализации при топометрической подготовке
- точности укладки
- степени распространенности опухолевого процесса

Результаты обследования

Пациенту поставлен диагноз

- размеров первичного очага
- метода визуализации при топометрической подготовке
- точности укладки
- степени распространенности опухолевого процесса

Диагноз

Перед выбором тактики лечения рекомендуется выполнить дополнительные обследования

- размеров первичного очага
- метода визуализации при топометрической подготовке
- точности укладки
- степени распространенности опухолевого процесса

Результаты обследования

При лечении локализованного аденокистозного рака полости носа методом выбора является

- размеров первичного очага
- метода визуализации при топометрической подготовке
- точности укладки
- степени распространенности опухолевого процесса

Дополнительная информация
Больной проведено хирургическое лечение в объеме: Эндоскопическое электрохирургическое удаление новообразования полости носа Произведена интубация трахеи. Наркоз. Разрез кожи лица справа по Муру. Тупо и остро осуществлен доступ к грушевидной апертуры лицевого черепа, нижней стенке глазницы справа, передней стенке верхнечелюстной пазухи справа. Фрезой резецирована передняя стенка правой верхнечелюстной пазухи и удалена вместе с латеральной стенкой полости носа и её структурами справа. Гемостаз. опухоль удалена единым блоком, исходящая из перегородки. Вскрыта основная пазуха – без видимого поражения. Гемостаз. Шлифовка костных краев. Послеоперационная полость тампонирована с ксероформом. Рана послойно

ушита. Внутрикожный шов. Препарат отправлен на гистологическое исследование.

Для определения необходимости проведения адъювантного лечения, в первую очередь необходимы данные

- размеров первичного очага
- метода визуализации при топометрической подготовке
- точности укладки
- степени распространенности опухолевого процесса

Дополнительная информация

По данным морфологического исследования операционного материала: фрагменты слизистой, покрытой респираторным эпителием с прилежащим гиалиновым хрящом, в подслизистом слое инвазивный рост аденокистозного рака high grade. Опухоль прорастает в прилежащий гиалиновый хрящ и губчатую кость. Выявлены фокусы положительного хирургического края резекции.

В качестве адъювантного лечения показано проведение +_____+ терапии

- десенсибилизационной
- лучевой
- химио
- фотодинамической

На онкологическом консилиуме принято решение о проведении послеоперационного курса дистанционной лучевой терапии. С учетом морфологии опухоли и наличия неблагоприятных факторов (положительный край резекции), суммарная очаговая доза на первичный очаг составит +_____+ Гр (РОД 2,0 Гр)

- 46-48
- 56-58
- 60-66
- 48-56

Объем облучения в послеоперационном курсе дистанционной лучевой терапии включает

- только лимфоколлекторы шеи слева и справа
- только ложе удаленной опухоли
- ложе удаленной опухоли и лимфоузлы шеи слева и справа
- ложе удаленной опухоли + лимфоузлы шеи слева

Интервал между оперативным вмешательством и сроком начала послеоперационной лучевой терапии при опухолях головы и шеи не должен превышать +_____+ недель

- 4
- 9
- 2
- 6

В минимальный объем обследования при контрольном осмотре входят

- физикальный осмотр, рентгенография органов грудной клетки
- физикальный осмотр, УЗИ лимфоузлов шеи, рентгенография органов грудной клетки
- УЗИ лимфоузлов шеи, УЗИ брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки
- физикальный осмотр, УЗИ лимфоузлов средостения , УЗИ брюшной полости

В первые 1-2 года наблюдение у районного онколога показано пациенту с периодичностью один раз в течение +_____+ месяцев

- физикальный осмотр, рентгенография органов грудной клетки
- физикальный осмотр, УЗИ лимфоузлов шеи, рентгенография органов грудной клетки
- УЗИ лимфоузлов шеи, УЗИ брюшной полости, рентгенография органов грудной клетки
- физикальный осмотр, УЗИ лимфоузлов средостения , УЗИ брюшной полости

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 47 лет направлена к врачу-радиотерапевту
Жалобы
Не предъявляет
Анамнез заболевания
По поводу рака вульвы IB стадии, T1bN0M0, 5 недель назад выполнена операция в объеме вульвэктомии и двусторонней пахово-бедренной лимфаденэктомии. При плановом морфологическом исследовании: макроописание - в области средней трети левой большой половой губы определяется экзофитная опухоль размерами 2,8 см. Микроописание - плоскоклеточный ороговевающий рак с инвазией стромы 4 мм. Расстояние от края резекции до границ опухоли 5 мм. Лимфоваскулярная инвазия отсутствует. В 18 (9 – слева и 7 справа) удаленных пахово-бедренных лимфатических узлах метастазы не выявлены. При осмотре на гинекологическом кресле: состояние после вульвэктомии. Послеоперационный рубец слегка гиперемирован. В паховых областях с обеих сторон определяются послеоперационные рубцы, зажившие вторичным натяжением. Диагноз: рак вульвы IB стадии, pT1bN0M0. Состояние после хирургического лечения.

Анамнез жизни
* хронические заболевания: хр. гастродуоденит. * курит в течение 30 лет, по ½ пачки в день; алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергоанамнез не отягощен; * онкологический анамнез отрицает
Объективный статус
Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, нормостеник. Вес 68 кг, рост 167 см. Температура тела 36,8°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жестковатое, хрипов нет. ЧДД-17 в мин. Верхушечный толчок определяется в 5-ом межреберье по среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца звучные, ритм правильный. АД-120/78 мм рт.ст., Ps-76 в мин., d=S, удовлетворительного наполнения и напряжения. Пастозность нижних конечностей. Язык чистый, влажный. Живот не увеличен, равномерно участвует в акте дыхания, симметричный, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Нижняя граница печени перкуторно определяется по краю реберной дуги. Пальцевое исследование прямой кишки: сфинктер тоничен, стенки прямой кишки гладкие. На перчатке кал коричневого цвета. Почки не пальпируются. Симптом "поколачивания" - отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. При осмотре на гинекологическом кресле: состояние после вульвэктомии. Послеоперационный рубец слегка гиперемирован. Влагалище свободное, слизистая не изменена. Шейка матки визуально не изменена. Пальпаторно шейка и тело матки не увеличены. В малом тазу без объемных и инфильтративных образований. В паховых областях с обеих сторон определяются послеоперационные рубцы, зажившие вторичным натяжением.
В данной клинической ситуации показанием к проведению послеоперационной лучевой терапии на первичный очаг (область вульвы /вульварного кольца) является +_____+ опухоли

- гистологическое строение
- локализация
- расстояние менее 8 мм от края резекции до границ
- степень дифференцировки

Показанием к проведению послеоперационной лучевой терапии на область пахово-бедренных и подвздошных лимфоузлов, является наличие +_____+ в пахово-бедренных лимфатических узлах

- макроскопических и более 2-х микроскопических метастазов
- синус-гистоцитоза и псаммомных телец
- 1-го микроскопического метастаза
- иммунобластов и макрофагов

Правильная лечебная тактика предполагает проведение послеоперационной лучевой терапии на

- вульварное кольцо и подвздошные зоны

- пахово-бедренные зоны
- подвздошные и пахово-бедренные зоны
- вульварное кольцо

Желательные сроки начала облучения после операции составляют +_____+ недель

- 2 - 6
- 8 -12
- 3 - 4
- 3 -8

При предлучевой подготовке фиксация пациентки предполагает использование

- термопластины для таза, подколенников и стоп
- стереоскопической рамки
- breast board и крылатого фрейма
- системы активного контроля дыхания (ABC)

Опорную точку, или «0»-скан, предпочтительнее маркировать

- ретгеноконтрастной меткой
- титановой пластинкой
- йодконтрастным веществом
- контрастным веществом на основе сульфата бария

При КТ сканировании в рамках проведения предлучевой подготовки границами зон сканирования являются +_____+ сверху и +_____+ снизу

- середина крестцово-подвздошного сочленения; верхняя треть бедра
- ThXII; середина бедра
- Th12; нижняя треть бедра
- L3; середина бедра

В данной клинической ситуации понятие макроскопического объема опухоли (GTV)

- применяется всегда
- не корректно
- используется часто
- не используется

Клинический объем опухоли (CTV1) в данной клинической ситуации включает

- вульварное кольцо

- вульварное кольцо и лобок
- только послеоперационный рубец
- лобок и генитофеморальные складки

Планируемый облучаемый объем (PTV1) включает клинический объем мишени (CTV1) с отступом +___+ мм

- 15
- 5
- 10
- 20

В данном клиническом случае послеоперационные разовые и суммарные очаговые дозы составляют +_____+ Гр и +_____+ Гр соответственно

- 2,5 и 50
- 1,8 и 60
- 3 и 30
- 4 и 40

При облучении рака вульвы одним из критических органов является

- 2,5 и 50
- 1,8 и 60
- 3 и 30
- 4 и 40

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Направлена
Жалобы
На образование в области правой большой половой губы
Анамнез заболевания
Около 1 года назад в области правой большой половой губы появилось небольшое образование, которое постепенно увеличивалось в размере. Лишь 3 мес. назад обратилась к гинекологу по месту жительства, когда уже стали беспокоить кровоточивость, боли и неприятный запах. Назначена противовоспалительная терапия, без эффекта. Рекомендована консультация онколога-гинеколога. При осмотре на гинекологическом кресле практически вся правая большая половая губа занята экзофитной опухолью, размерами 5х6 см, легко кровоточащей при пальпации, отмечается переход на правую малую половую губу. Осмотр резко болезненный. В правой паховой области пальпируется увеличенный до 1,5 см плотный, подвижный лимфоузел. Выполнена биопсия образования. Гистологическое исследование биоптата опухоли – плоскоклеточный ороговевающий рак. Цитологическое исследование

пунктата правого пахового лимфатического узла – метастаз плоскоклеточного рака. Диагноз: рак вульвы IIIA стадии, T1bN1bMx. Обсуждена на консилиуме с участием хирурга-онкогинеколога, радиотерапевта, химиотерапевта: имеются противопоказания к операции

Анамнез жизни

Хронические заболевания: ИБС: постинфарктный кардиосклероз. НК 1. Гипертоническая болезнь 3 ст., риск ССО 4. Цереброваскулярная болезнь. Сахарный диабет 2 типа. Диабетическая полинейропатия н/к. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. * не курила и не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергоанамнез не отягощен; * онкологический анамнез отрицает

Объективный статус

Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное, нормостеник. Вес 75 кг, рост 160 см. Температура тела 36,6С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сухие, тургор снижен. Периферические лимфоузлы, за исключением правого пахового лимфоузла, не увеличены. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 17 в мин. Верхушечный толчок определяется в 5-ом межреберье +2 см левее среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД-150/78 мм рт.ст., Ps-78 в мин., d=S, удовлетворительного наполнения и напряжения. Пастозность нижних конечностей. Определяются варикозно расширенные вены на нижних конечностях. Язык чистый, влажный. Живот не увеличен, равномерно участвует в акте дыхания, симметричный, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Пальпаторно новообразований не определяется. Нижняя граница печени перкуторно определяется по краю реберной дуги. Пальцевое исследование прямой кишки: пальпаторно опухолевые образования не определяются. Сфинктер тоничен, стенки прямой кишки гладкие. На перчатке кал коричневого цвета. Почки не пальпируются. Симптом «поколачивания» - отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. При осмотре на гинекологическом кресле: практически вся правая большая половая губа занята экзофитной опухолью, размерами 5х6 см, легко кровоточащей при пальпации, отмечается переход на правую малую половую губу. Осмотр резко болезненный. В зеркалах слизистая влагалища атрофичная, синюшная. Шейка матки визуально не изменена. Матка не увеличена. В малом тазу без объемных и инфильтративных изменений. В правой паховой области пальпируется увеличенный до 1,5 см плотный, подвижный лимфоузел.

Необходимыми инструментальными методами обследования для определения дальнейшей тактики лечения являются

- 2,5 и 50
- 1,8 и 60
- 3 и 30
- 4 и 40

Результаты инструментальных методов обследования

Лечебная тактика предполагает проведение

- фотодинамической терапии
- самостоятельной лучевой терапии
- химиотерапии
- иммунотерапии

Во время предлучевой подготовки пациентка лежит на процедурном столе в позе

- лягушки
- змеи
- кошки
- лотоса

Шаг КТ-сканирования составляет +___+ мм при стандартной лучевой терапии и +___+ мм при IMRT

- 5 и 1
- 2 и 1
- 5 и 3
- 10 и 7

При проведении предлучевой подготовки при КТ сканировании границами являются сверху +_____+ ; снизу

- середина крестцово-подвздошного сочленения; середина бедра
- L3; середина бедра
- L4-5; верхняя треть бедра
- Th12; нижняя треть бедра

В данной клинической ситуации объем мишени для дистанционной лучевой терапии должен включать вульву и прилегающие мягкие ткани, зоны пахово-бедренных и +_____+ лимфатических узлов

- внутренних и наружных подвздошных
- общих подвздошных
- парааортальных, паракавальных
- пресакральных

Макроскопический объем опухоли (GTV) в данной клинической ситуации включает

- правую большую и малую половые губы и правые пахово-бедренные лимфатические узлы
- правую большую половую губу
- всю вульву и пахово-бедренные лимфатические узлы с обеих сторон
- опухоль вульвы и увеличенный правый паховый лимфатический узел

В данном случае клинический объем опухоли (CTV) для первичной опухоли включает GTV + все интактные ткани вульвы с отступом +_____+ см

- 3
- 2
- 1
- 0,5

В данном случае клинический объем опухоли (CTV) для регионарных зон включает пахово-бедренные лимфоузлы с захватом +_____+ см вокруг сосудов, наружные и внутренние подвздошные и обтураторные лимфоузлы (с отступом +_____+ мм вокруг регионарных сосудов)

- 0,5; 10-15
- 1-1,5; 7
- 0,7; 10
- 2,0 ; 7

Планируемый облучаемый объем (PTV) включает клинический объем мишени (CTV) с отступами для первичной опухоли вульвы +___+ мм и для лимфатических узлов +___+ мм

- 7 и 10-15
- 10 и 7-10
- 5 и 15
- 10 и 10-15

Разовая очаговая доза (РОД), суммарная очаговая доза (СОД) на первичную опухоль составляют: РОД +_____+ Гр; СОД +_____+ Гр

- 3; 60
- 2; 40
- 2,5; 60
- 2; 60

В данном клиническом случае разовая очаговая доза (РОД), суммарная очаговая доза (СОД) на регионарные лимфатические узлы составляют: РОД +_____+ Гр; СОД +_____+ Гр и прицельно на пораженный лимфоузел до СОД, эквивалентной +_____+ Гр

- 3; 60
- 2; 40
- 2,5; 60
- 2; 60

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 72 лет направлена к врачу-радиотерапевту
Жалобы
На сукровичные выделения из влагалища, тянущие боли внизу живота
Анамнез заболевания
У гинеколога не была около 10 лет. Последние 6 мес. стали беспокоить сукровичные выделения из влагалища и только 2 мес. назад обратилась к гинекологу. Заподозрено злокачественное новообразование влагалища. Направлена к онкогинекологу по месту жительства. При осмотре на гинекологическом кресле: в зеркалах на левой боковой стенке, занимая среднюю и нижнюю треть влагалища, определяется опухоль, размерами 4х3 см, легко кровоточащей при инструментальной пальпации. Пальпаторно имеется инфильтрация паракольпальной клетчатки не до стенки таза. Периферические лимфоузлы не увеличены. Выполнена биопсия образования. Гистологическое исследование биоптата опухоли – плоскоклеточный неороговевающий рак. Цитологическое исследование мазков с шейки матки и из цервикального канала – атрофический тип мазка, без опухолевой патологии. Гистологическое исследование аспирационной биопсии эндометрия – без опухолевой патологии. Выполнена колоноскопия: хр. геморрой, ремиссия Диагноз: рак влагалища II стадии, cT2N0M0.
Анамнез жизни
* хронические заболевания: ИБС: стенокардия напряжения 2ФК. НК 1. Гипертоническая болезнь 2 стадии, 3 степени, риск ССО 3. Деформирующий артроз коленных, тазобедренных суставов. Хр. бронхит. ДН 1 ст. * курит в течение 40 лет, по ½ пачки в день; алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергоанамнез не отягощен; * онкологический анамнез отрицает
Объективный статус
Общее состояние относительно удовлетворительное. Телосложение правильное, нормостеник. Вес 78 кг, рост 165 см. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, сухие, тургор снижен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание жесткое, единичные сухие хрипы в нижних отделах. ЧДД 18 в мин. Верхушечный толчок определяется в 5-ом межреберье +2 см левее среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритм правильный. АД-145/80 мм рт.ст., Ps-68 в мин., d=S, удовлетворительного наполнения и напряжения. Пастозность нижних конечностей. Язык чистый, влажный. Живот не увеличен, равномерно участвует в акте дыхания, симметричный, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Нижняя граница печени перкуторно определяется по краю реберной дуги. Пальцевое исследование прямой кишки: пальпаторно опухолевые образования не определяются. Сфинктер тоничен, стенки прямой кишки гладкие. На перчатке кал коричневого цвета. Почки не пальпируются. Симптом "поколачивания" - отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. Гинекологический статус: наружные половые органы сформированы правильно. В зеркалах на левой боковой стенке, занимая

среднюю и нижнюю треть влагалища, визуализируется опухоль, размерами 4х3 см, легко кровоточащей при инструментальной пальпации. Слизистая шейки матки визуально не изменена. Пальпаторно на левой боковой стенке в средней и нижней треть влагалища определяется крупнобугристое образование деревянистой плотности, до 4 см в диаметре. Кровоточит. Матка не увеличена. Придатки не пальпируются. Определяется инфильтрация паракольпальной клетчатки, не достигающая стенки таза. В паховых областях увеличенные лимфоузлы не пальпируются.

Необходимыми инструментальными методами обследования для определения дальнейшей тактики лечения являются

- 3; 60
- 2; 40
- 2,5; 60
- 2; 60

Результаты инструментальных методов обследования

Лечебная тактика предполагает проведение

- химиотерапии
- сочетанной лучевой терапии
- фотодинамической терапии
- иммунотерапии

В данной клинической ситуации при предлучевой подготовке методика фиксации пациентки предполагает использование

- жесткого матраца под ягодичную область
- термопластических сеток для таза
- стереотаксической рамы аппарата Лекселла
- breast board’a

Шаг КТ-сканирования составляет +_____+ мм при стандартной лучевой терапии и +_____+ мм при IMRT

- 5; 3
- 5; 1
- 10; 7
- 2; 1

При проведении предлучевой подготовки при КТ сканировании границами являются сверху +_____+ ; снизу

- L4-5; верхняя треть бедра
- Th12; нижняя треть бедра
- L4-5; середина бедра

- L3; середина бедра

В данной клинической ситуации объем мишени для дистанционной лучевой терапии должен включать влагалище, паравагинальную клетчатку, зоны обтураторных, внутренних, наружных и общих подвздошных, пресакральных лимфатических узлов, а также _____ лимфоузлов

- бедренных
- паховых
- парааортальных
- пахово-бедренных

Макроскопический объем опухоли (GTV) в данной клинической ситуации включает

- влагалище и паравагинальную клетчатку
- влагалище и регионарные лимфатические узлы
- опухоль влагалища
- всё влагалище

В данной клинической ситуации клинический объем опухоли (CTV1) включает GTV + не менее +_____+ см тканей влагалища вверх и вниз от границ опухоли

- 0,3
- 0,5
- 0,7
- 3

В данной клинической ситуации клинический объем опухоли (CTV2) включает паравагинальную и параметральную клетчатку, прилегающие к CTV1, тазовые лимфатические узлы (зоны обтураторных, внутренних, наружных, общих подвздошных лимфатических узлов

- двусторонние пахово-бедренные лимфоузлы (2,5 см вокруг сосудов), а также пресакральную зону кпереди от позвонков S1-S2 (минимум 1,0 см)
- двусторонние пахово-бедренные лимфоузлы (5 см вокруг сосудов), а также пресакральную зону кпереди от позвонков S1-S2 (минимум 2.5 см)
- пресакральные лимфатические узлы) (7 мм вокруг сосудов), а также двусторонние пахово-бедренные лимфоузлы (1-1,5 см вокруг сосудов)
- пресакральных лимфатических узлов) (7 мм вокруг сосудов), двусторонние пахово-бедренные лимфоузлы (1-1,5 см вокруг сосудов), а также пресакральную зону кпереди от позвонков S1-S2 (минимум 1,0 см)

Отступы для PTV1 составляют +____+ мм и для PTV2 - +____+ мм

- 20 и 10
- 7 и 15
- 7 и 10-15
- 15 и 7

Разовая очаговая доза (РОД), суммарная очаговая доза (СОД) на первичную опухоль составляют: РОД +_____+ Гр; СОД +_____+ Гр от ДЛТ и контактное облучение до СОД эквивалентной +_____+ Гр

- 3; 20; 60
- 2,5; 35-40; 70-80
- 2; 20; 85
- 2; 60; 80

В данном клиническом случае разовая очаговая доза (РОД), суммарная очаговая доза (СОД) на регионарные лимфатические узлы составляют: РОД +_____+ Гр; СОД +_____+ Гр

- 3; 20; 60
- 2,5; 35-40; 70-80
- 2; 20; 85
- 2; 60; 80

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 45 лет направлена к радиотерапевту за консультацией
Жалобы
На образование в левой молочной железе
Анамнез заболевания
В феврале 2019 самостоятельно обнаружила образование в левой молочной железе
Анамнез жизни
Микрохирургическая декомпрессия локтевого нерва слева в 2017 году. Наследственность не отягощена. Курит: Индекс пачка/лет = 40. Алкоголь не употребляет. Наркотики не употребляет.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 74 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Регионарные и периферические лимфатические узлы не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. * Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм * правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст. Живот не

вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный, оформленный.

На первом этапе физикального осмотра рекомендовано выполнение

- 3; 20; 60
- 2,5; 35-40; 70-80
- 2; 20; 85
- 2; 60; 80

Результаты обследования

Кроме физикального осмотра, для постановки диагноза рекомендовано выполнение

- 3; 20; 60
- 2,5; 35-40; 70-80
- 2; 20; 85
- 2; 60; 80

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и диагностического обследования, пациентке можно поставить диагноз

- 3; 20; 60
- 2,5; 35-40; 70-80
- 2; 20; 85
- 2; 60; 80

Диагноз

При подозрении на метастатическое поражение костей скелета рекомендовано выполнить

- компьютерную томография органов грудной клетки
- МРТ головного мозга
- денситометрию
- остеосцинтиграфию

В данном клиническом случае на первом этапе рекомендовано провести

- курс лучевой терапии
- химиотерапию
- гормональную терапию
- хирургическое лечение

Послеоперационный курс дистанционной лучевой терапии рекомендовано начать спустя +_____+ после операции

- 4-12 недель
- 2 недели
- 4 месяца
- 6 месяцев

Послеоперационный курс дистанционной ЛТ рекомендовано начать при условии

- наличия метастазов в регионарных лимфоузлах
- отсутствия опухолевых клеток по краю резекции
- полного заживления операционной раны
- наличия лимфостаза

Вся оперированная молочная железа должна получить дозу +_____+ Гр за +_____+ фракций

- 60 ; 30
- 50 ; 33
- 36 ; 20
- 46-50 ; 23-25

Учитывая возраст пациентки (моложе 50 лет), на втором этапе курса послеоперационной лучевой терапии рекомендовано назначить

- «буст» на ложе удаленной опухоли
- курс химиотерапии
- динамическое наблюдение и физиотерапию
- гормональную терапию

Суммарная очаговая доза «буста» составляет +_____+ Гр за +_____+ фракций

- 20 ; 10
- 10-16 ; 4-8
- 25 ; 11
- 30 ; 15

После окончания лечения рекомендуется проводить осмотр

- каждый месяц
- от 1 до 4 раз в год
- 1 раз в 2 года
- каждую неделю

После органосохраняющей операции рекомендуется ежегодно выполнять

- каждый месяц
- от 1 до 4 раз в год
- 1 раз в 2 года
- каждую неделю

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 42 лет направлена к радиотерапевту за консультацией
Жалобы
На образование в левой молочной железе
Анамнез заболевания
Образование в левой молочной железе обнаружила самостоятельно, в течение года за медицинской помощью не обращалась. В марте 2019 года отметила увеличение образования в связи с чем обратилась за медицинской помощью. Хирургом направлена на консультацию к радиотерапевту
Анамнез жизни
Отягощенная наследственность: Рак желудка у отца, Рак легкого у тети. Не курит. Алкоголь не употребляет
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 68 кг, рост 160 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * При пальпации в левой подмышечной области определяются 2 плотных безболезненных неспаянных лимфоузла. * Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 уд в мин. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм * правильный, ЧСС 66 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст. При пальпации живота передняя брюшная стенка не напряжена, безболезненна, без признаков патологии. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный, оформленный.
На первом этапе физикального осмотра пациентки рекомендовано выполнение

- каждый месяц
- от 1 до 4 раз в год
- 1 раз в 2 года
- каждую неделю

Результаты обследования

Для постановки диагноза следует провести

- каждый месяц
- от 1 до 4 раз в год
- 1 раз в 2 года

- каждую неделю

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза, физикального осмотра и диагностического обследования, пациентке можно поставить диагноз

- каждый месяц
- от 1 до 4 раз в год
- 1 раз в 2 года
- каждую неделю

Диагноз

При подозрении на метастатическое поражение костей скелета рекомендовано выполнить

- МРТ головного мозга
- КТ органов грудной клетки
- денситометрию
- остеосцинтиграфию

В данном клиническом случае на первом этапе рекомендовано провести

- гормональную терапию
- хирургическое лечение
- химиотерапию
- лучевую терапию

После мастэктомии рекомендовано проведение дистанционной лучевой терапии при

- поражении 1 лимфоузла без наличия факторов высокого риска развития рецидива опухоли
- поражении 1-3 лимфоузлов
- отсутствии опухолевых клеток в краях резекции
- установке экспандера

Послеоперационный курс дистанционной лучевой терапии рекомендовано начать при условии

- полного заживления операционной раны
- наличия метастазов в регионарных лимфоузлах
- отсутствия опухолевых клеток по краю резекции
- наличия лимфостаза

Рекомендуемая доза лучевой терапии в данном случае составляет РОД +_____+ Гр, СОД +_____+ Гр

- 2 ; 46-50
- 1,5 ; 52,5
- 2,5 ; 60
- 2 ; 40

Послеоперационный курс дистанционной лучевой терапии следует провести после адъювантной химиотерапии через

- 40 дней
- 3-4 недели
- 1,5 месяца
- 2 недели

В данном клиническом случае послеоперационная лучевая терапия проводится на область

- зоны послеоперационного рубца или ложе удалённой опухоли
- остаточной опухоли
- регионарных лимфоузлов
- мягких тканей передней грудной стенки и зоны лимфооттока

После окончания лечения рекомендуется проводить осмотр

- каждый месяц
- 1 раз в 2 года
- каждую неделю
- от 1 до 4 раз в год

После органосохраняющей операции рекомендуется ежегодно выполнять

- каждый месяц
- 1 раз в 2 года
- каждую неделю
- от 1 до 4 раз в год

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 48 лет направлен к врачу-радиотерапевту
Жалобы
Активно не предъявляет
Анамнез заболевания
Со слов больного около 8 месяцев как стал отмечать примесь крови в кале. Обратился к колопроктологу. После осмотра на 7 см от ануса пальпируется опухолевидное образование расположенное по задней полуокружности подвижное до 4х6 см, безболезненное, верхний край которого не достигается.

Результаты комплексного обследования. При фиброколоноскопии на 15 см была выявлена плотная изъязвленная опухоль прямой кишки. По данным КТ брюшной полости с контрастированием определялись признаки опухоли прямой кишки с метастатическим поражением параректальных лимфатических узлов. Нельзя исключить поражение мезентериальных лимфатических узлов. МРТ малого таза - слизистый слой прямой кишки утолщен до 2 см на протяжении 6 см преимущественно по задне-правой стенке с внутрипросветным распространением. По ходу подвздошных сосудов множественные увеличенные л\узлы до 18 мм. Заключение - опухоль прямой кишки. Лимфаденопатия. ПЭТ КТ- накопление РФП в л\узлах пресакральной и параректальной клетчатки. Коллегиально было решено выполнить переднюю резекцию прямой кишки с расширенной лимфаденэктомией, что и было реализовано. Гистологически: Новообразование прямой кишки имеет строение умеренно дифференцированной аденокарциномы, прорастающей все слои стенки кишки, врастающей в параректальную жировую клетчатку; отмечается метастаз аденокарциномы в одном из трех лимфатических узлов параректальной жировой клетчатки, крупный имплантационный метастаз; признаки периваскулярной, периневральной инвазии. Консилиум: Учитывая степень распространенности процесса, наличие неблагоприятных факторов прогноза рекомендовано проведение послеоперационной лучевой терапии. Поступил в отделение радиотерапии. ДИАГНОЗ С20 Рак прямой кишки IIIB ст pT3N1bM0* *G2

Анамнез жизни

* хронические заболевания: нет * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * онкологический анамнез отрицает

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 174 см. Температура тела 36,6°С. Телосложение гиперстеническое. Кожные покровы, слизистые обычной окраски. Периферические лимфатические узлы не увеличены, безболезненные при пальпации. Видимой костно-суставной патологии не выявлено. Движения в суставах в полном объеме. Пульс ритмичный. 74 в 1 мин., симметричный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Тоны сердца не изменены, шумов нет. АД 130/90 мм рт. ст. Носовое дыхание не нарушено. ЧДД - 20 в минуту. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Живот при глубокой пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, подвздут. Печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Поколачивание в проекции 12 ребра с обеих сторон безболезненное. Мочеиспускание учащенное. Местный статус: Оволосение по мужскому типу, яички в мошонке, пальпация без особенностей. Область промежности не изменена, без мацераций и расчесов. Анус сомкнут. Тонус сфинктера сохранен анастомоз, пропускающей палец, без признаков инфильтративных изменений. На перчатке естественное отделяемое. Осмотр умеренно болезненный

Необходимыми инструментальными методами обследования для определения дальнейшей тактики лечения являются

- каждый месяц
- 1 раз в 2 года

- каждую неделю
- от 1 до 4 раз в год

Результаты обследования

Критерием отбора пациентов с подозрением на синдром Линча, разработанным ФГБУ «ГНЦК им. А.Н.Рыжих», является, наряду с колоректальным раком, еще 2 случая и более злокачественных опухолей любой локализации у самого больного или у кровных родственников, независимо от возраста и

- семейный аденоматозный полипоз исключен
- мужчины после 50 лет
- женщины после 45 лет
- возраст пациента до 43 лет

Факторами, включенными в модель оценки риска (прогрессирования и общей выживаемости), являются

- степени дифференцировки G1-2
- возраст, пол, категория Т, степень злокачественности
- длительность лечения, объем проведенного лечения
- длительность анамнеза, локализация опухоли

При предлучевой подготовке, фиксирующим устройством, которое может быть использовано для иммобилизации пациента, является

- вакуумный матрац для лучевой терапии
- загубник
- термопластическая сетка
- фиксирующий ремень

Шаг КТ-сканирования составляет +_____+ мм

- 10
- 1
- 3-5
- 0,5

Полученные при КТ – разметке данные передают на

- лечебный аппарат
- диагностический аппарат
- станцию архивирования
- станцию дозиметрического планирования

В клинический объем опухоли (CTV) в данной клинической ситуации необходимо включить область анастомоза, _____, клетчатку по

ходу общих подвздошных, внутренних подвздошных и обтураторных лимфатических узлов

- парааортальную и паравертебральную клетчатку
- пресакральную, позадипузырную клетчатку
- пресакральную клетчатку и обтураторные зоны
- пресакральную клетчатку

Границами объема облучения являются: краниальная граница облучения - +_____+ , каудальная граница

- + 5 см выше анастамоза уровень тазового дна
- верхний край крестца уровень тазового дна либо +1,5 см вниз от анастомоза или культи кишки
- + 5,5 см выше анастомоза, +2,5 см вниз от анастомоза, либо уровень L5 – S1
- верхний край крестца уровень анастомоза

При раке прямой кишки PTV формируется путем объединения +_____+ (исключаются кости, мышцы, воздушные структуры)

- PTV - CTV + 0,5 см
- CTV + 3 см
- PTV - CTV + 2 см
- CTV + 4 см

Разовая очаговая доза (РОД), суммарная очаговая доза (СОД) на PTV составляет РОД +_____+ Гр, СОД +_____+ Гр

- 1,8-2; 45-50
- 3,5; 56
- 2,5; 60
- 3; 51

Толерантные дозы для нормальных тканей определяют по рекомендации

- EORTC
- RTOG
- QUANTEC
- ВОЗ

Максимально допустимая доза на мочевой пузырь составляет V +_____+ < +____+ %

- EORTC
- RTOG
- QUANTEC

- ВОЗ

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 49 лет направлен к радиотерапевту за консультацией.
Жалобы
На частый жидкий стул
Анамнез заболевания
29.09.2014 г. в ГКБ № 83 г. Москвы по поводу аденокарциномы в/ампулярного отдела прямой кишки выполнена передняя резекция прямой кишки с наложением илеостомы. В 10.2014 г. выполнено закрытие илеостомы. В послеоперационном периоде проведено 8 курсов XT (XELOX)
Анамнез жизни
1981- герниопластика по поводу паховой грыжи справа, 2014г- резекция прямой кишки с формированием илеостомы, закрытие илеостомы в 2014г. Отягощенная наследственность:Рак желудка у отца, Рак легкого у тети. Не курит.Алкоголь не употребляет.Наркотики не употребляет.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Вес 89 кг, рост 176 см. Температура тела 36,6 С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Регионарные и периферические лимфатические узлы не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул частый жидкий.
Для установки диагноза следует провести

- EORTC
- RTOG
- QUANTEC
- ВОЗ

Результаты обследования

В качестве дополнительной диагностики при этом заболевании генетическое исследование проводится при подозрении на

- EORTC
- RTOG
- QUANTEC

- ВОЗ

Результаты обследования

Учитывая данные анамнеза и обследования больному можно поставить диагноз

- EORTC
- RTOG
- QUANTEC
- ВОЗ

Диагноз

Перед планированием химиолучевой терапии и перед хирургическим лечением рекомендуется выполнить

- УЗИ печени
- МРТ малого таза
- остеосцинтиграфию
- КТ грудной клетки

При подозрении на вовлечение потенциального циркулярного края резекции на первом этапе рекомендовано

- хирургическое лечение
- назначить динамическое наблюдение в течение 6 месяцев
- провести химиолучевую терапию
- провести гормональную терапию

Оптимальным методом лучевой терапии в данном случае является +_____+ лучевая терапия

- дистанционная
- внутритканевая
- внутриполостная
- близкофокусная

Объём облучения включает в себя

- остаточную опухоль
- ложе опухоли, ампула прямой кишки и нисходящий отдел толстого кишечника
- первичную опухоль и регионарные лимфоузлы
- только область анастомоза

При дистанционной лучевой терапии верхний край должен располагаться

- на 1 см ниже границы анастомоза
- по краю анастомоза
- на 2,5 см выше границы анастомоза
- на 1 см выше границы анастомоза

Данному пациенту курс дистанционной лучевой терапии рекомендуется проводить в режиме РОД +_____+ Гр до СОД +_____+ Гр

- 1,5 ; 40
- 1,5 ; 65
- 1,8-2 ; 40
- 1,8-2 ; 50,4-52

На втором этапе рекомендовано провести

- лучевую терапию
- хирургическое лечение
- симптоматическую терапию
- химиотерапию

Основной задачей наблюдения является

- определения качества жизни
- преждевременное выявление и лечение осложнений
- раннее выявление прогрессирования заболевания
- определение 5-летней выживаемости

В первые 1–2 года физикальный осмотр и сбор жалоб рекомендуется проводить каждые(-й)

- определения качества жизни
- преждевременное выявление и лечение осложнений
- раннее выявление прогрессирования заболевания
- определение 5-летней выживаемости

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина, 43 лет, в течение 12 месяцев отмечает дискомфорт, боли в области носоротоглотки. Диагностирована опухоль ротоглотки. Обратилась в ЛПУ
Жалобы
Затрудненное носовое дыхание, боли при глотании, наличие опухоли ротоглотки.
Анамнез заболевания
Стала отмечать рост образования в области ротоглотки около года назад.

Противоопухолевого лечения не получала. Обратилась в МРНЦ им. А.Ф.Цыба для дообследования и лечения.

Анамнез жизни

Росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. Курение в течение 12 лет по 10-15 сигарет в день.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 65 кг, рост 160 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы физиологической окраски_._ Опухоль инфильтративного характера поражает левую боковую стенку ротоглотки диаметр 4,5 см. без распространения на язычную поверхность надгортанника, глубокие мышцы языка, твердое небо, нижнюю челюсть. Зоны регионарного метастазирования свободны. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над - и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 98% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

К основным методам обследования для постановки диагноза относятся

- определения качества жизни
- преждевременное выявление и лечение осложнений
- раннее выявление прогрессирования заболевания
- определение 5-летней выживаемости

Результаты обследования

Наиболее информативным методом постановки диагноза является

- определения качества жизни
- преждевременное выявление и лечение осложнений
- раннее выявление прогрессирования заболевания
- определение 5-летней выживаемости

Результаты обследования

Наиболее предполагаемым диагнозом является

- определения качества жизни
- преждевременное выявление и лечение осложнений
- раннее выявление прогрессирования заболевания
- определение 5-летней выживаемости

Диагноз

Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить

- определения качества жизни
- преждевременное выявление и лечение осложнений
- раннее выявление прогрессирования заболевания
- определение 5-летней выживаемости

Результаты обследования

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводится в условиях

- стационара
- амбулатории
- отделения интенсивной терапии
- дневного стационара

Пациенту на первом этапе показано +_____+ лечение

- химиолучевое
- лучевое
- хирургическое
- химиотерапевтическое

К группе препаратов, обязательно применяемыми в периоперационном периоде, относятся

- химиолучевое
- лучевое
- хирургическое
- химиотерапевтическое

Дополнительная информация
Проведено хирургическое лечение в объеме: Резекция ротоглотки комбинированная с реконструктивно-пластическим компонентом, радикальная шейная лимфодиссекций слева. {nbsp} 1. удаленная опухоль ротоглотки В области макроскопически описанного узлового образования инвазивный рост аденокистозного рака Grade 1. Имеются фокусы позитивного латерального края резекции, окрашенные тушью. В крае резекции, прошитом лигатурой, в подслизистом слое инвазивный рост рака аналогичного строения. {nbsp} 2. контрольный край резекции у основания черепа фрагмент слизистой оболочки с

покровом из цилиндрического эпителия, серо-муцинозными железами и умеренно выраженной лимфоидной инфильтрацией в основе, признаков опухолевого роста не выявлено. Ни в одном из 18 удаленных лимфоузлов признаков опухолевого роста не обнаружено.
У пациента существуют показания к адьювантной +_____+ терапии

- химио
- лазеро
- лучевой
- иммуно

Объем облучения в послеоперационном курсе дистанционной лучевой терапии включает в себя

- только ложе удаленной опухоли
- лимфоколлекторы шеи слева
- ложе удаленной опухоли + лимфоузлы шеи справа
- ложе удаленной опухоли + лимфоузлы шеи слева, справа

Интервал между оперативным вмешательством и сроком начала послеоперационной лучевой терапии не должен превышать_____недель

- 9
- 7
- 5
- 6

Предписанная суммарная очаговая доза на ложе удаленной опухоли составляет +_____+ Гр

- 66-70
- 36-40
- 50-60
- 40-56

В первые 1-2 года наблюдение у районного онколога показано пациенту с периодичностью один раз в течение +_____+ месяцев

- 66-70
- 36-40
- 50-60
- 40-56

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 52 лет направлена к врачу-радиотерапевту
Жалобы
Не предъявляет
Анамнез заболевания
В августе 2019 г. у пациентки 52 лет на фоне 1,5 лет постменопаузы отмечен эпизод кровотечения из половых путей. Обратилась к гинекологу по месту жительства. При гинекологическом осмотре: в зеркалах: шейка матки не увеличена, слизистая бледно-розовая, атрофичная, визуально без атипии. При ректо-вагинальном исследовании шейки матки не увеличена, обычной консистенции, своды не инфильтрированы. Матка не увеличена, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не пальпируются. Параметрии с обеих сторон не инфильтрированы. Ректо-вагинальная перегородка не инфильтрирована. По данным УЗИ малого таза диагностирована патология эндометрия (М-хо 15 мм), с признаками инвазии в миометрий. Рекомендована консультация онколога. Выполнено раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии. Гистологическое заключение: умереннодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома. Диагноз: рак тела матки Iв ст. (cT1вN0M0) Обсуждена на консилиуме с участием хирурга-онколога, радиотерапевта, химиотерапевта: показано хирургическое лечение. В сентябре 2019г выполнено хирургическое лечение в объеме: Экстирпация матки с придатками. По данным гистологического исследования операционного материала: низкодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома с инфильтративным ростом в миометрий на 15мм (при толщине 20мм), распространением на внутренний зев и верхнюю треть цервикального канала. Опухолевые эмболы в лимфатических щелях. В крае резекции влагалища без опухолевого роста. Пациентка повторно обсуждена на консилиуме с участием хирурга-онколога, радиотерапевта, химиотерапевта: учитывая стадию заболевания, дифференцировку опухоли, отсутствие лимфаденэктомии во втором этапе комбинированного лечения показано проведение сочетанной лучевой терапии. Диагноз: рак тела матки II ст. (pT2N0M0). Состояние после хирургического лечения.
Анамнез жизни
* хронические заболевания: Хронический гастрит. Ремиссия. * не курила и не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергоанамнез не отягощен; * онкологический анамнез отрицает
Объективный статус
Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, нормостеник. Вес 82 кг, рост 167 см. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 16 в мин. Верхушечный точек определяется в 5-ом межреберье +2 см левее среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные. АД-130/70 мм рт.ст., Ps-74 в мин., d=S, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Живот не увеличен, равномерно участвует в акте дыхания,

симметричный, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Пальцевое исследование прямой кишки: пальпаторно опухолевые образования не определяются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. При гинекологическом осмотре: Наружные половые органы развиты правильно. Уретра без особенностей. Культя влагалища сформирована правильно, в куполе без некротических наложений, несколько отечна. В малом тазу параметрии свободны.

Для определения дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

- 66-70
- 36-40
- 50-60
- 40-56

Результаты обследования

Следует определить в сыворотке крови уровень онкомаркера

- 66-70
- 36-40
- 50-60
- 40-56

Результаты обследования

Оптимальной тактикой дальнейшего лечения этой пациентки является

- иммунотерапия
- химиотерапия
- сочетанная лучевая терапия
- внутриполостная лучевая терапия

В качестве фиксирующих устройств для иммобилизации пациента при предлучевой подготовке используются

- подставка под голову и загубник
- подставки под колени и ступни
- большая термопластическая маска
- «крылатый» фрейм

Шаг КТ-сканирования составляет +____+ мм

- 3,0
- 2,0
- 0,5
- 2,5

Границы сканирования определяют сверху +_____+ ; снизу

- Т7 или 10 ребро; вертлужная впадина
- L3 или мечевидный отросток; середина бедра
- нижний край рукоятки грудины; лонное сочленение
- нижний край орбиты; яремная вырезка

Алгоритм передачи данных, полученных при КТ-сканировании органов малого таза, передают

- на лечебный аппарат
- на планирующую станцию
- на станцию оконтуривания
- на архивацию в планирующей системе

Объем мишени для дистанционной лучевой терапии в данной клинической ситуации включает культю влагалища

- область параметриев, наружных и общих подвздошных лимфатических узлов
- зоны обтураторных, внутренних, наружных и общих подвздошных лимфатических узлов
- область параметриев, зоны обтураторных, внутренних, наружных и общих подвздошных лимфатических узлов
- области параметриев, зоны обтураторных, внутренних, наружных и общих подвздошных лимфатических узлов, пресакральных лимфатических узлов

В клинический объем мишени (CTV) в данной клинической ситуации необходимо включить купол культи влагалища, параметральную и паравагинальную клетчатку

- проксимальный отдел влагалища, регионарные лимфатические узлы с отступом 7 мм вокруг регионарных сосудов, пресакральную зону
- регионарные лимфатические узлы с отступом 4 мм вокруг регионарных сосудов, пресакральную зону
- регионарные лимфатические узлы с отступом 7 мм вокруг регионарных сосудов, сакральную зону
- регионарные лимфатические узлы с отступом 7 мм вокруг регионарных сосудов

Отступ для планируемого объема опухоли (PTV) следует выбрать с учетом используемых фиксирующих устройств: +____+ мм для купола культи влагалища, паравагинальной области между мочевым пузырем и прямой кишкой, +_____+ мм для параметральной и паравагинальной области, проксимального отдела влагалища, +_____+ мм для регионарных лимфатических узлов и пресакральной зоны

- 10, 7, 5
- 10, 15, 5
- 15, 10, 7
- 15, 10, 10

Суммарная очаговая доза (СОД) на ложе удаленной опухоли и регионарные лимфатические узлы составляет +___+ Гр

- 50
- 56
- 51
- 44

Максимально допустимая доза в прямой и сигмовидной кишке в соответствии с параметрами оптимизации Quantec, составляет Dmax +___+ Гр

- 50
- 56
- 51
- 44

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 48 лет обратилась к врачу-радиотерапевту
Жалобы
На контактные кровянистые выделения из половых путей в течение 6 месяцев, боли в поясничной области на протяжении последних 3-х месяцев
Анамнез заболевания
Около 3-х лет назад у пациентки по данным цитологического исследования мазков с шейки матки и цервикального канала была диагностирована дисплазия 2 степени. По данным ПЦР диагностики выявлен ВПЧ 16 тип. Было предложено проведение диагностической биопсии шейки матки с выскабливанием цервикального канала, от которого пациентка отказалась. Противовирусное лечение не проводилось. В течение последних 6 месяцев отмечает контактные кровянистые выделения из половых путей и боли в поясничной области на протяжении последних 3-х месяцев. Обратилась к гинекологу по месту жительства. При гинекологическом осмотре: в зеркалах: шейка матки увеличена в размерах до 5-6 см в диаметре, с экзофитным опухолевым образованием «по типу цветной капусты», исходящее из передней губы шейки матки, с инфильтрацией верхней трети передней стенки влагалища, кровоточит при инструментальном исследовании. При ректо-вагинальном исследовании отмечается увеличение шейки матки во влагалищной части до 5-6 см в диаметре, умеренной плотности, передний свод укорочен. Матка не увеличена, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены.

Параметрии справа с инфильтрацией до стенки таза, слева – пришеечный инфильтрат. Ректо-вагинальная перегородка не инфильтрирована. Рекомендована консультация онколога. Выполнена биопсия шейки матки с выскабливанием цервикального канала. Гистологическое заключение: плоскоклеточный неороговевающий рак шейки матки. Диагноз: рак шейки матки IIIB стадии, cT3bN1M0. Обсуждена на консилиуме с участием хирурга-онколога, радиотерапевта, химиотерапевта: хирургическое лечение не показано.

Анамнез жизни

* хронические заболевания: хронический гастрит. Ремиссия. * не курила и не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергоанамнез не отягощен; * онкологический анамнез отрицает

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, нормостеник. Вес 68 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 16 в мин. Верхушечный точек определяется в 5-ом межреберье +2 см левее среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные. АД-130/75 мм рт.ст., Ps-76 в мин., d=S, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Живот не увеличен, равномерно участвует в акте дыхания, симметричный, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Пальцевое исследование прямой кишки: пальпаторно опухолевые образования не определяются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. При гинекологическом осмотре: в зеркалах: шейка матки увеличена в размерах до 5-6 см в диаметре, с экзофитным опухолевым образованием «по типу цветной капусты», исходящее из передней губы шейки матки, с инфильтрацией верхней трети передней стенки влагалища, кровоточит при инструментальном исследовании. При ректо-вагинальном исследовании отмечается увеличение шейки матки во влагалищной части до 5-6 см в диаметре, умеренной плотности, передний свод укорочен. Матка не увеличена, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не увеличены. Параметрии справа с инфильтрацией до стенки таза, слева – пришеечный инфильтрат. Ректо-вагинальная перегородка не инфильтрирована.

Для определения дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

- 50
- 56
- 51
- 44

Результаты обследования

В рамках дообследования необходимо определить

- 50
- 56

- 51
- 44

Результаты обследования

Предполагаемая тактика лечения представлена

- хирургическим лечением и химиотерапией
- фотодинамической и иммунотерапией
- химиотерапией с таргетными препаратами
- самостоятельной химиолучевой терапией

При предлучевой подготовке, фиксирующими устройствами для иммобилизации пациента являются

- загубник и подголовник
- подставки под колени, ступни и голову
- большая термопластическая маска и загубник
- breastboard и «крылатый» фрейм

Шаг КТ-сканирования при подготовке пациента к лучевой терапии составляет минимально +_____+ мм

- 3-5
- 2-2,5
- 1-2
- 0,5-1

Границы сканирования при планировочной КТ задают сверху +_____+ ; снизу

- L3 или мечевидный отросток; середина бедра
- нижний край рукоятки грудины; лонное сочленение
- Th7 или 10 ребро; вертлужная впадина
- нижний край орбиты; яремная вырезка

Алгоритм передачи данных, полученных при КТ-сканировании органов малого таза, передают

- на планирующую станцию
- на лечебный аппарат
- на станцию оконтуривания
- в архивное хранилище

Макроскопический объем опухоли (GTV) в данной клинической ситуации включает

- первичную опухоль и регионарные лимфоузлы справа

- только первичную опухоль тела матки
- шейку и тело матки, мочевой пузырь, придатки
- первичную опухоль и регионарные лимфоузлы с обеих сторон

В клинический объем опухоли (CTV) в данной клинической ситуации включают GTV (первичную опухоль тела матки) и всю шейку матки, тело матки

- параметральную клетчатку, регионарные лимфатические узлы с отступом 7 мм вокруг регионарных сосудов
- регионарные лимфатические узлы с отступом 7 мм вокруг регионарных сосудов
- параметральную клетчатку, регионарные лимфатические узлы с отступом 3 мм вокруг регионарных сосудов
- параметральную клетчатку, регионарные лимфатические узлы с отступом 5 мм вокруг регионарных сосудов

Отступ для планируемого объема опухоли (PTV) следует выбрать с учетом используемых фиксирующих устройств: +____+ мм для опухоли, +____+ мм для параметральной клетчатки, +____+ мм для регионарных лимфатических узлов

- 10; 7; 5
- 15; 10; 7
- 15; 10; 10
- 10; 10; 5

Разовая очаговая доза (РОД) и суммарная очаговая доза (СОД) на первичную опухоль и регионарные лимфатические узлы составляют +____+ Гр; +_____+ Гр; +_____+ Гр, соответственно

- 3,5; 60-76, 50-54
- 3, 60, 51-54
- 3-4, 60-70, 56-58
- 1,8-2, 80-90, 55-60

Максимально допустимая доза на мочевой пузырь, в соответствии с параметрами оптимизации Quantec, составляет Dmax +____+ Гр

- 3,5; 60-76, 50-54
- 3, 60, 51-54
- 3-4, 60-70, 56-58
- 1,8-2, 80-90, 55-60

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Юноша 20 лет обратился к врачу-онкологу.
Жалобы
Шаткость при ходьбе, чувство тошноты, многократная рвота, двоение в глазах, нарушения координации.
Анамнез заболевания
С января появились вышеуказанные жалобы. Обратился к врачу неврологу по месту жительства. При обследовании МРТ головного мозга: выявлено образование левой гемисферы мозжечка. Далее направлен к онкологу на дообследование.
Анамнез жизни
В анамнезе многократные травмы верхних и нижних конечностей, связанные с профессиональным спортом, в детском и взрослом возрасте.
Объективный статус
* Состояние пациента на момент осмотра тяжелое, индекс Кароновского-60, по шкале ECOG-2. В позе Ромберга стоит не уверено, при ходьбе отмечается шаткость, ходит с поддержкой родственников. Пальценосовая проба справа норма, слева «с промахиванием». * Вес 75 кг, рост 178 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, высыпаний нет. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 98% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин., АД 110/70 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
Наиболее точным методом обследования для постановки диагноза является

- 3,5; 60-76, 50-54
- 3, 60, 51-54
- 3-4, 60-70, 56-58
- 1,8-2, 80-90, 55-60

Результаты обследования

В случае противопоказаний к проведению МРТ можно выполнить

- МРТ без контрастного усиления
- КТ головного мозга с контрастным усилением
- ПЭТ/КТ с метионином
- цитологическое исследование спинно-мозговой жидкости

Предполагаемый диагноз данного клинического случая вероятнее всего +_____+ червя мозжечка WHO Grade IV

- МРТ без контрастного усиления
- КТ головного мозга с контрастным усилением
- ПЭТ/КТ с метионином
- цитологическое исследование спинно-мозговой жидкости

Диагноз

Лечение пациента целесообразно начать с

- дистанционной лучевой терапии
- химиотерапии
- хирургического удаления опухоли
- химиолучевой терапии

Верификация диагноза в послеоперационном периоде проводится при помощи +_____+ исследования тканей опухоли

- иммуногистохимического
- цитологического
- гистологического
- хроматографии

В данном клиническом случае после хирургического лечения и верификации опухолевой ткани необходимо провести дообследование в виде

- рентгенографии черепа в 2 проекциях
- УЗДГ сосудов шеи
- МРТ всех отделов спинного мозга с контрастным усилением
- УЗИ органов брюшной полости

На 2-ом этапе лечения показано

- проведение лучевой терапии
- проведение 2 курсов химиотерапии
- коррекция неврологического дефицита
- повторное хирургическое лечение

В послеоперационном периоде необходимо проводить дистанционную лучевую терапию в объеме +_____+ облучения с последующим бустом на ложе опухоли

- локального
- каудального
- всего головного мозга
- краниоспинального

Лучевую терапию проводят в режиме

- малых доз
- гиперфракционирования
- стандартного фракционирования
- разового подведения большой дозы

Разовая очаговая доза при проведении лучевой терапии медуллобластом составляет +_____+ Гр

- 3
- 5
- 1
- 1,8

При краниоспинальном облучении редуцированной суммарной очаговой дозой является доза в +_____+ Гр

- 36
- 20
- 24
- 54

На 3-ем этапе лечения показано проведение +_____+ лечения

- 36
- 20
- 24
- 54

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина, 70 лет обратилась к онкологу по поводу увеличивающегося в размерах пигментного образования на коже правого плеча.

Жалобы
На увеличивающееся в размерах пигментное образование на коже правого плеча.
Анамнез заболевания
Родинка на правом плече существовала с детства. В течении года родственники стали замечать изменение её пигментации и увеличение в размерах. Пациентка обратилась к районному онкологу, выполнена эпилюминисцентная дерматоскопия: на коже правого плеча образование неправильной формы, с фестончатыми краями, гипер-пигментированное, плоское, с несколько приподнятыми краями и с шелушением на поверхности.
Размеры образования 1,7*1,1*0,05 см. При дерматоскопии по периферии атипичный, ассиметричный, звездчатый пигментный рисунок, в центре бело-синие структуры. На поверхности десквамация рогового слоя. Признаки изъязвления отсутствуют.
Анамнез жизни
Росла и развивалась в соответствии с возрастом. Профессиональные вредности отрицает. Семейный анамнез не отягощен. Контакты с инфекционными и лихорадящими больными отрицает, вирусные гепатиты, туберкулез, сифилис в анамнезе отрицает.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 181 см. Температура тела 36,7°С. * Сознание ясное, положение больной активное, телосложение пропорциональное, конституция гиперстеническая. Кожные покровы телесного цвета. Влажность умеренная. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. В правой подмышечной области пальпируется лимфатический узел до 2,5-3 см в диаметре, плотноэластической консистенции, подвижный, умеренно болезненный при пальпации. Другие группы лимфатических узлов не пальпируются. Отеков нет. * Сознание ясное. Ориентирована во времени, месте, собственной личности. Речь чистая, правильная. Мышление и память не нарушены. * Жалоб со стороны дыхательной системы нет. Грудная клетка симметричная, обе половины ее одинаково участвуют в дыхании. При перкуссии над всей поверхностью легких - легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, хрипов нет. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 76 уд в мин, АД 115/73 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Поясничная область не изменена. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая, без патологических примесей. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. * Status localis: на коже правого плеча образование неправильной формы до 1,7х1,0 см в

диаметре, гиперпигментированное, плоское. Признаки изъязвления отсутствуют.

При подозрении на меланому кожи, для подтверждения диагноза рекомендовано проведение

- 36
- 20
- 24
- 54

Результаты обследования

Пациентке было выполнено УЗИ регионарных лимфатических узлов, по данным которого в правой подмышечной области определяется лимфатический узел до 3 см. На данном этапе диагностики пациентке рекомендовано проведение

- 36
- 20
- 24
- 54

Результаты обследования

Для оценки распространенности заболевания пациентке рекомендовано проведение

- 36
- 20
- 24
- 54

Результаты обследования

Рекомендуется выполнить анализ ткани опухоли на мутацию в гене

- BRAF
- EGFR
- CHEK2
- BRCA II

Пациентка госпитализирована в специализированный стационар с диагнозом меланома кожи правого плеча cT2aN1bM0, +_____+ стадия

- BRAF
- EGFR
- CHEK2
- BRCA II

Диагноз

На первом этапе лечения пациентке рекомендовано проведение

- неоадъювантного курса полихимиотерапии дакарбазином
- иссечения первичной опухоли с пределах здоровых тканей, биопсии сторожевых лимфатических узлов
- предоперационного курса лучевой терапии на область опухоли кожи и лимфатических узлов правой подмышечной области
- широкого иссечения меланомы кожи правого плеча, правосторонней подмышечной лимфаденэктомии

Пациентке проведено хирургическое лечение в обьёме: «широкое иссечение меланомы кожи правого плеча, правосторонняя лимфаденэктомия»; По данным гистологического исследования: в краях резекции (первичная опухоль)-обнаружены опухолевые клетки, по данным гистологического исследования лимфатических узлов, - в 5 из 15 удаленных лимфоузлах определяются метастазы меланомы. На следующем этапе пациентке рекомендовано проведение

- адъювантной лучевой терапии на область послеоперационного рубца
- адъювантной химиотерапии (Доксорубицин, 6 курсов)
- фотодинамической терапии с прменением системного фотосенсибилизатора
- адъювантной гормонотерапии

Среди факторов высокого риска регионарного рецидива у пациентки присутствует

- поражение 5 подмышечных лимфатических узлов
- размеры первичной опухоли
- BRAF мутация в 15 экзоне
- локализация на коже верхней конечности

При планировании курса лучевой терапии, оптимальным режимом фракционирования является традиционный с СОД +_____+ Гр за 20 фракций за +_____+ нед

- 30; 3
- 48; 4
- 36; 4
- 36; 6

После радикальной лимфаденэктомии и высоком риске прогрессирования заболевания, пациентке рекомендовано проведение

- послеоперационной лучевой терапии на правую подмышечную область в суммарной очаговой дозе (СОД) 60-66 Гр
- лучевой терапии на послеоперационный рубец (зону первичной опухоли) в СОД 50-56 Гр и правую подмышечную область в СОД 46-50 Гр
- адъювантной лекарственной терапии
- лучевой терапии на послеоперационный рубец (первичная опухоль) в СОД 50-56 Гр и правую подмышечную область в СОД 56-60 Гр

Наблюдение за пациенткой при отсутствии клинических признаков заболевания рекомендовано не реже, чем 1 раз в +_____+ месяца (ев) в течение первых двух лет после лечения

- 3
- 6
- 12
- 18

Через 4 года после лечения, наблюдение за пациенткой при отсутствии клинических признаков заболевания рекомендовано не реже, чем 1 раз в +_____+ месяца (ев)

- 3
- 6
- 12
- 18

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 62 лет обратился к врачу-онкологу.
Жалобы
На боль и ограничение подвижности левой верхней конечности, затруднение и болезненность прохождения пищи по пищеводу.
Анамнез заболевания
Около 3-х месяцев назад пациент стал отмечать снижение веса (похудание на 9 кг за 3 месяца), дискомфорт в левой руке, затем ограничение подвижности конечности, около месяца назад заметил округлое образование в левой надключичной области, затруднение прохождение пищи по пищеводу, в течение 2-х недель – боль при прохождении пищи по пищеводу. Принимает жидкую пищу (дисфагия II степени).
Анамнез жизни
В анамнезе курение – по 30 сигарет в сутки на протяжении 28 лет.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Поведение адекватное. Вес 84 кг, рост 172 см. Температура тела 36,6^0^C. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. В левой надключичной области

пальпируется образование плотно-эластической консистенции, тугоподвижное, малосмещаемое, размером 45х50 мм. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Грудные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 130/80 мм. рт. ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
Основным методом обследования, определяющим диагноз, является

- 3
- 6
- 12
- 18

Результаты обследования

Дополнительными методами диагностики, которые необходимо применить в данном клиническом случае для уточнения диагноза, являются

- 3
- 6
- 12
- 18

Результаты обследования

По данным обследования можно установить клинический диагноз

- 3
- 6
- 12
- 18

Диагноз

Пациенту показано проведение +_____+ лечения

- фотодинамического
- хирургического
- химиолучевого
- симптоматического

Стандартной схемой химиотерапии в данной клинической ситуации при проведении самостоятельного химиолучевого лечения является

- оксалиплатин (в монорежиме)
- доксорубицин+циклофосфамид
- трастузумаб (в монорежиме)
- цисплатин + 5-фторурацил

При достижении объективного ответа рекомендуется проводить +_____+ курсов химиотерапии

- 10
- 12
- 8
- 6

При проведении самостоятельной химиолучевой терапии суммарная очаговая доза составляет до +_____+ Гр

- 55-60
- 40-45
- 45-50
- 65-70

При оконтуривании GTV должен включать определяемый при КТ-планировании объём первичной опухоли и

- пораженных лимфатических узлов
- лимфатических коллекторов с двух сторон
- регионарных лимфатических узлов с отступом 5 мм
- окружающих тканей с отступом 5 мм

При оконтуривании клинического объема опухоли (CTV) отступ в продольном (краниальном и каудальном) направлении составляет +_____+ см

- 1,5
- 2,0
- 5,0
- 3,0

При оконтуривании клинического объема опухоли отступ в радиальных (передне-заднем, латеральных) направлениях составляет +_____+ см

- 3,0
- 0,5
- 2,5-3,0
- 1,0-2,0

Рекомендованная разовая очаговая доза (РОД) при проведении лучевой терапии составляет +_____+ Гр

- 1,8-2,0
- 1,0-1,5
- 2,8-3,0
- 3,5-4,0

После завершения комбинированного лечения периодичность контрольных обследований на протяжении первых 2-х лет составляет 1 раз в +_____+ мес

- 1,8-2,0
- 1,0-1,5
- 2,8-3,0
- 3,5-4,0

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 54 года обратился к врачу урологу.
Жалобы
На увеличение частоты мочеиспускания в ночное время до 4-5 раз.
Анамнез заболевания
Со слов пациента, у уролога не наблюдался, ПСА не контролировал. Обратился за медицинской помощью в связи с дизурией.
Анамнез жизни
Курение по 15 сигарет в сутки в течение 35 лет.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 98 кг, рост 177 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Лимфатические узлы не пальпируются. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа.

Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 98% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Стул регулярный, 1 раз в сутки, оформленный. * Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное, напор струи мочи ослаблен, ноктурия 4-5 раз за ночь.

К основным методам обследования для постановки диагноза «рак предстательной железы» относят

- 1,8-2,0
- 1,0-1,5
- 2,8-3,0
- 3,5-4,0

Результаты обследования

Наиболее информативными методами стадирования рака предстательной железы являются

- 1,8-2,0
- 1,0-1,5
- 2,8-3,0
- 3,5-4,0

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является рак предстательной железы

- 1,8-2,0
- 1,0-1,5
- 2,8-3,0
- 3,5-4,0

Диагноз

Пациенту показано +_____+ лечение

- химиотерапевтическое
- симптоматическое
- гормонолучевое
- хирургическое

С целью уменьшения объема предстательной железы перед началом курса дистанционной лучевой терапии, рекомендовано проведение

- короткого курса гормональной терапии
- трансуретральной резекции
- лапароскопической аденомэктомии
- трехкомпонентной химиотерапии

В данной клинической ситуации при проведении курса дистанционной лучевой терапии, в объем облучения, помимо предстательной железы, необходимо включить

- семенные пузырьки и лимфатические коллекторы малого таза
- паховые лимфатические узлы
- семенные пузырьки и придатки яичка
- мочевой пузырь и уретру

При проведении радикального курса конформной дистанционной лучевой терапии на область предстательной железы и семенных пузырьков рекомендовано подведение СОД более +_____+ Гр

- 74
- 76
- 72
- 80

При проведении радикального курса конформной дистанционной лучевой терапии СОД на область лимфатических узлов малого таза, дозы радиации составляют не менее +_____+ Гр

- 40-44
- 45-50
- 68-70
- 64-66

Одним из обязательных условий проведения конформной дистанционной лучевой терапии является

- отсутствие у пациента симптомов дизурии
- наличие золотых маркеров в простате
- иммобилизация пациента с применением индивидуальных фиксирующих устройств
- объём предстательной железы ≤ 30 см^3^

Пациенту после завершения курса дистанционной лучевой терапии на фоне гормональной терапии следует рекомендовать

- продолжить гормональную терапию
- проведение таргетной и иммунотерапии
- проведение химиотерапии

- перейти на динамическое наблюдение

После завершения курса дистанционной лучевой терапии периодичность контроля уровня ПСА на протяжении первого года составляет 1 раз в +_____+ мес

- 3
- 6
- 1
- 8

Критерием ASTRO биохимического рецидива заболевания после проведенного курса лучевой терапии, является подъем уровня ПСА выше надира при последовательном троекратном исследовании с интервалом +_____+ недели

- 3
- 6
- 1
- 8

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина, 69 лет, - при контрольном обследовании выявлено повышение уровня ПСА крови до 12 нг/мл.
Жалобы
Активно не предъявляет. Ноктурия до 3 раз.
Анамнез заболевания
Около 4 месяцев назад стал замечать появление ноктурии до 3 раз. К урологу не обращался. При контрольном обследовании, во время трудоустройства, выявлено повышение уровня ПСА крови до 12 нг/мл. Пациент был направлен к урологу. Выполнено пальцевое ректальное исследования предстательной железы.
Заключение: Предстательная железа эластичная, в основании левой доли определяется очаг каменистой плотности.
Анамнез жизни
Рос и развивался в соответствии с возрастом. Профессиональные вредности отрицает. Семейный анамнез не отягощен. Контакты с инфекционными и лихорадящими больными отрицает, вирусные гепатиты, туберкулез, сифилис в анамнезе отрицает.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 69 кг, рост 172 см. Температура тела 36,7°С. * Сознание ясное, положение больного активное, телосложение пропорциональное, конституция гиперстеническая. Кожные покровы телесного цвета. Влажность умеренная. Подкожно-жировой слой выражен умеренно.

Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. * Сознание ясное. Ориентирован во времени, месте, собственной личности. Речь чистая, правильная. Мышление и память не нарушены. * Жалоб со стороны дыхательной системы нет. Грудная клетка симметричная, обе половины ее одинаково участвуют в дыхании. При перкуссии над всей поверхностью легких - легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, хрипов нет. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 76 уд в мин, АД 115/73 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Поясничная область не изменена. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное, моча светлая, без патологических примесей. Симптом «поколачивания» отрицательный с обеих сторон. Ноктурия до 3 раз за ночь.

К основному методу обследования пациента на первом этапе относится

- 3
- 6
- 1
- 8

Результаты обследования

Следующим этапом диагностики для постановки диагноза является проведение

- 3
- 6
- 1
- 8

Результаты обследования

Для определения распространенности первичной опухоли рекомендовано проведение

- 3
- 6
- 1
- 8

Результаты обследования

Для определения наличия отдаленных метастазов необходимо проведение

- 3
- 6
- 1
- 8

Результаты обследования

С учетом результатов остеосцинтиграфии, для уточнения распространенности процесса в костной системе, рекомендовано проведение

- проведение повторной остеосцинтиграфии через 6 месяцев
- трепанобиопсии из очага в правом плечевом суставе и передних концевых отрезках 5 и 6 ребер справа
- рентгенографии ребер и правого плечевого сустава
- повторное исследование уровня ПСА крови

На основании данных проведенного обследования установлен диагноз рака предстательной железы +_____+ +_____+ стадии

- проведение повторной остеосцинтиграфии через 6 месяцев
- трепанобиопсии из очага в правом плечевом суставе и передних концевых отрезках 5 и 6 ребер справа
- рентгенографии ребер и правого плечевого сустава
- повторное исследование уровня ПСА крови

Диагноз

На первом этапе лечения пациенту рекомендовано проведение радикальной простатэктомии, но от данного вида лечения пациент категорически отказался, следующим вариантом лечения является проведение +_____+ лечения

- гормонолучевого
- брахитерапевтического
- симптоматического
- химиотерапевтического

В объем облучения должны быть включены предстательная железа и

- семенные пузырьки
- регионарные лимфатические узлы
- придатки яичка
- уретра

Границы клинического объема мишени (CTV) включают GTV и базальные отделы семенных пузырьков на протяжении +_____+ см

- 2,5
- 1,5
- 0,5
- 1

При проведении конформной дистанционной лучевой терапии планируемый объем мишени (PTV) формируется с отступом 5 мм от CTV в направлении прямой кишки и +_____+ мм - в остальных направлениях

- 15
- 3
- 10
- 8

При проведении конформной дистанционной лучевой терапии у данного пациента суммарная очаговая доза на предстательную железу составляет +_____+ Гр-экв

- 70
- 74
- 78
- 66

По завершению лечения наблюдение у районного онколога, с контролем уровня ПСА крови, пациенту показано с периодичностью каждые +_____+ месяца в течение 1 года, каждые +_____+ месяцев в течение 2- и 3-го года, далее ежегодно

- 70
- 74
- 78
- 66

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пенсионерка 69 лет обратилась к онкологу по месту жительства.
Жалобы
Жалобы на уплотнение в левой молочной железе.
Анамнез заболевания
Уплотнение заметила самостоятельно осенью за год до первичного обращения к онкологу, за последние месяцы отмечает увеличение размеров уплотнения,

втяжение соска. Обследовалась в поликлинике по месту жительства, заподозрен рак левой молочной железы.

Анамнез жизни

Родилась вторым ребенком в семье служащего. В детстве условия жизни и питание были нормальными. До 15-летнего возраста активно занималась физической культурой и спортом. Режим труда и отдыха в течение жизни существенно не нарушала, с профессиональными вредностями в работе не сталкивалась. Замужем, имеет 1 ребенка. Беременность протекала нормально, тем не менее, в связи ранним отхождением вод, на сроке 36 недель выполнено кесарево сечение. Месячные с 13 лет, регулярные, безболезненные. Ближайшие родственники больной здоровы. Вредные привычки отрицает.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 63 кг, рост 164 см. Температура тела 36,6^0^C. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 15 в минуту. ЧДД 16 уд в мин, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. Костно-мышечный аппарат без патологии.Щитовидная железа не увеличена.

Начать обследование данной пациентки при первичном обращении необходимо с

- 70
- 74
- 78
- 66

Результаты обследования

До морфологической верификации заболевания этой пациентке необходимо выполнить

- 70
- 74
- 78
- 66

Результаты обследования

На амбулаторном этапе наиболее информативным методом верификации новообразования молочной железы является +_____+ новообразования

- 70
- 74
- 78
- 66

Результаты обследования

Основным методом дополнительного исследования гистологического материала, необходимым для уточнения биологического подтипа опухоли и определения тактики лечения, является

- 70
- 74
- 78
- 66

Результаты дополнительного обследования

К методам инструментальной диагностики, исключающим отдаленное метастазирование опухоли молочной железы, относятся

- 70
- 74
- 78
- 66

Результаты обследования

Клиническая стадия заболевания у данной пациентки при выявлении первичной опухоли молочной железы максимальным размером 3.8 см и трех подвижных метастатических лимфоузлов в подмышечной области на стороне поражения соответствует диагнозу Рак молочной железы

- 70
- 74
- 78
- 66

Диагноз

В ходе проведенного обследования диагноз сформулирован как опухоль левой молочной железы; люминальный рак В, HER2 положительный биологический подтип; ypT2ypN1cM0. Выполнено хирургическое лечение (мастэктомия по Маддену с лимфодиссекцией) и соответствующее стадии химиотерапевтическое лечение. На третьем этапе комплексного лечения показано проведение послеоперационного курса +_____+ лучевой терапии

- сочетанной
- стереотаксической
- контактной
- дистанционной

У пациентки с диагнозом рак левой молочной железы, люминальный тип В, HER2 положительный, ypT2ypN1cM0R0 необходимо включить в зону облучения ложе молочной железы и зоны регионарного лимфоколлектора на

- стороне поражения
- на обеих сторонах и в области шеи
- обеих сторонах
- противоположной стороне

Суммарная очаговая доза на область ложа опухоли молочной железы и зоны регионарного лимфоколлектора (рак левой молочной железы, люминальный тип В, HER2 положительный, ypT2ypN1cM0R0) должна быть в пределах +_____+ (Гр)

- 46-50
- 40-42
- 58-60
- 38-40

Использование болюса при послеоперационном курсе конформной дистанционной лучевой терапии (после мастэктомии по Мадену) необходимо с целью

- уменьшения дозы на органы риска (легкое, сердце)
- снижения дозы в коже и послеоперационном рубце
- повышения дозы в зонах клинического интереса
- уменьшения проявлений острых радиационных повреждений

Проведение послеоперационного курса конформной дистанционной лучевой терапии необходимо начать через +_____+ после хирургического лечения

- 4-12 недель
- 6 месяцев
- 2 недели
- 1 год

Динамическое наблюдение за пациентками после проведения комплексного/комбинированного лечения по поводу рака молочной железы проводится с периодичностью

- 4-12 недель
- 6 месяцев
- 2 недели
- 1 год

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 36 лет обратился в МНИОИ им. П.А. Герцена для консультации к онкологу.
Жалобы
На боли при глотании, образование на шее слева.
Анамнез заболевания
Считает себя больным в течение двух месяцев, когда впервые появились жалобы на боли при глотании, также отмечает образование на шее слева.
Анамнез жизни
* хронических заболеваний нет * не курит, алкоголь употребляет умеренно * профессиональных вредностей не имеет * аллергические реакции не отмечает
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 172 см. Температура тела 36,7^0^С. Кожные покровы сухие, теплые, обычной окраски. Дыхание аускультативно везикулярное, хрипов не выслушивается, ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68/мин, АД 135/70 мм.рт.ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Стул регулярный. При осмотре через рот: в доступных осмотру областях полости рта и глотки отмечается образование левой небной миндалины смешанной формы роста с экзофитным компонентом до 2 см. На шее в верхней трети слева определяются л/узлы плотно-эластической консистенции, размерами до 2,0 см, безболезненные при пальпации, подвижные относительно окружающих тканей. На шее справа определяются л/узлы мягко-эластической консистенции, размерами до 1,5 см, безболезненные при пальпации, подвижные относительно окружающих тканей.
Необходимыми для постановки диагноза инструментальными методами обследования являются

- 4-12 недель
- 6 месяцев
- 2 недели
- 1 год

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимыми для постановки диагноза лабораторными методами обследования является определение

- 4-12 недель
- 6 месяцев
- 2 недели
- 1 год

Результаты лабораторного метода обследования

Диагнозом, который можно предположить у данного больного на основании клинико-лабораторных и инструментальных методов обследования, является

- 4-12 недель
- 6 месяцев
- 2 недели
- 1 год

Диагноз

Больной относится к _____клинической группе

- 3
- 1
- 1а
- 2

В процессе дообследования пациенту поставлен окончательный клинический диагноз Плоскоклеточный рак ротоглотки (левой небной миндалины) T2N1M0 p16+. От предложенной операции мужчина отказался. В качестве лечения, пациенту показана

- химиотерапия по схеме Гемцитабин + Цисплатин
- лимфаденэктомия на шее слева на первом этапе
- химиолучевая терапия до радикальных доз
- индукционная химиотерапия по схеме Винорельбин + Цисплатин

При химиолучевой терапии в качестве радиомодификации используется

- герцептин/цисплатин
- регорафениб/цетуксимаб
- цисплатин (карбоплатин)/цетуксимаб
- винорельбин/капецитабин

Клинический объем низкого риска (CTV2) при раке ротоглотки включает в себя локорегионарную область ротоглотки, включая заглоточные лимфоузлы и лимфоколлекторы шеи +_____+ групп лимфатических узлов шеи с +_____+ сторон(ы)

- II-IV ; правой
- II-V ; двух
- II-IV; двух
- II-V ; правой

Клинический объем высокого риска (CTV1) у данного пациента включает в себя GTV+ +_____+ мм от первичной опухоли и регионарных метастазов

- 15-17
- 2-3
- 5-10
- 20-30

При самостоятельной химио-лучевой терапии на первичный очаг и клинически определяемые регионарные метастазы при традиционном фракционировании подводят СОД +_____+ Гр

- 72
- 56
- 70
- 40

При самостоятельной химио-лучевой терапии на неизмененные регионарные лимфоузлы при традиционном фракционировании подводят СОД +_____+ Гр

- 44-60
- 38-40
- 56
- 66-70

К факторам риска развития опухоли ротоглотки, в том числе у данного пациента, относят

- вирус Эпштейн-Барра
- инфицированность ВПЧ
- частые переохлаждения
- механическая травма

В течение первого года после завершения лечения осмотр пациента необходим через +_____+ месяцев

- вирус Эпштейн-Барра
- инфицированность ВПЧ
- частые переохлаждения
- механическая травма

Условие ситуационной задачи

Ситуация

Женщина 67 лет направлена районным онкологом в федеральный онкологический центр.

Жалобы

На образование языка слева, периодические боли в нем.

Анамнез заболевания

Три месяца назад прикусила язык, после появилось уплотнение, постепенно стало увеличиваться. Обратилась к стоматологу по месту жительства, осмотрена и направлена к районному онкологу. После осмотра районным онкологом направлена в онкологический диспансер.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – учитель.

Объективный статус

* Состояние удовлетворительное. Вес 67 кг, рост 162 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Периферические лимфоузлы - шейные, подмышечные, паховые не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. * Грудная клетка правильной формы, симметричная. Дыхание через нос свободное. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 14 уд в мин. * Сердце – тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд в мин, АД 140/80 мм.рт.ст. * Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве. Стул регулярный.

Обследование пациентки следует начать с

- вирус Эпштейн-Барра
- инфицированность ВПЧ
- частые переохлаждения
- механическая травма

Результаты обследования

Наиболее информативным методом постановки диагноза является

- вирус Эпштейн-Барра
- инфицированность ВПЧ
- частые переохлаждения

- механическая травма

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом обследования, который наиболее точно позволяет судить о распространенности первичной опухоли является

- вирус Эпштейн-Барра
- инфицированность ВПЧ
- частые переохлаждения
- механическая травма

Результаты инструментального метода обследования

У пациентки установлен диагноз _____ языка

- вирус Эпштейн-Барра
- инфицированность ВПЧ
- частые переохлаждения
- механическая травма

Диагноз

При КТ–сканировании в рамках предлучевой подготовки толщина срезов и шаг сканирования составляют +_____+ мм

- 1
- 2
- 3
- 5

Лечение пациента должно проводится в +_____+ условиях

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

Пациентке необходимо провести

- лучевую терапию с последующим хирургическим лечением
- системную химиотерапию
- самостоятельное химиолучевое лечение
- только хирургическое лечение

Химиолучевая терапия проводится на фоне еженедельного введения +_____+ на протяжении курса дистанционной лучевой терапии

- паклитаксел в дозе 175 мг/м^2^
- цисплатина в дозе 40 мг/м^2^
- фторурацил в дозе 500 мг/м^2^
- цисплатин 100 мг/м^2^

При выполнении одновременной химио-лучевой терапии подводимая СОД на первичный очаг и л/у составляет минимально +_____+ Гр (фракция 2 Гр/сут ежедневно (понедельник–пятница) в течение 7 недель

- 80
- 40
- 46
- 70

После выписки из стационара радиологического пациентке через 3 месяца необходимо провести в первую очередь

- фиброскопию полости рта/ротоглотки
- УЗИ брюшной полости
- плановый осмотр
- биохимическое исследование крови

К основному фактору риска рака языка относят

- плоскую лейкоплакию
- папиллому языка
- веррукозную лейкоплакию
- хроническийтоматит

После лечения наблюдение у районного онколога показано с периодичностью 1 раз в +____+ месяца в течение первых 2 лет, каждые +_____+ месяцев в течение 3-го и 4- го года наблюдения, затем ежегодно

- плоскую лейкоплакию
- папиллому языка
- веррукозную лейкоплакию
- хроническийтоматит

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациент 5 лет обратился с родителями в детское радиологическое отделение по

месту жительства к врачу радиотерапевту за консультацией с целью определения возможности проведения лучевого лечения острого лимфобластного лейкоза.

Жалобы

На слабость, бледность, вялость, одышку, увеличение подчелюстных лимфатических узлов, регулярные кровотечения из носа.

Анамнез заболевания

На протяжении 3 месяцев отмечается кровоточивость десен, спонтанное образование гематом, боли в костях и головные боли.При обследовании: Периферическая кровь : лейкоцитоз 50000*10^9^ /л, большое количество бластных клеток. Цитологическое исследование мазков костного мозга :в пунктате костного мозга более 25% лейкемических клеток.

Выставлен диагноз: Острый лимфобластный лейкоз. Проведены блоки ПХТ, направлен в радиотерапевтическое отделение.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социальные условия удовлетворительные. Аллергический анамнез: отрицает Из сопутствующей патологии: хронический атрофический ринит. Опухолевые заболевания в семье отрицает.

Объективный статус

Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. Дыхание через нос свободное. Тоны сердца ясные, ритмичные. АД 91/62 мм рт.ст., ЧСС 77 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Дизурических явлений нет. Стул регулярный.

Методом, необходимым для постановки диагноза, является

- плоскую лейкоплакию
- папиллому языка
- веррукозную лейкоплакию
- хроническийтоматит

Результаты обследования

Для исключение нейролекоза необходимо выполнить

- МРТ головного мозга
- ПЭТ-КТ головного мозга с метионином
- исследование бластных клеток в ликворе
- исследование крови на наличие бластных клеток

Согласно морфологической классификации, которая базируется на предложениях Франко-американо-британской группы (FAB- группа), выделяют следующие группы острого лимфобластного лейкоза

- L0, L1,L2,L3

- L1,L2,L3
- L0, L1,L2,L3,L4
- L0,L1,L2

К неблагоприятным факторам, влияющим на исход терапии острого лимфобластного лейкоза, относится

- t (11q23)/MLL реаранжировка
- гиперплоидность
- трисомии 4 и 10
- транслокация t[4;11], t[9;22]

Пациенту был выполнен курс индукции ремиссии, состоящий из базовых цитостатико : преднизолонон, винкристин, аспарагиназа, даунорубицин. Протокол, при котором используются данные препараты, называется

- HD8
- BFM (ALL-BFM-95 или ALLBFM-2000)
- HD7
- Москва-Берлин (ALL-MB-2002 или ALL-MB-2008)

Учитывая поставленный диагноз и промежуточно-неблагоприятный прогноз, пациенту показано проведение

- гормонотерапии
- химиолучевого лечения
- самостоятельной лучевой терапии
- самостоятельной химиотерапии

В данном случае в объем облучения включают

- пораженные лимфатические узлы
- селезенку
- краниоспинальную область
- весь мозговой череп

Суммарная очаговая доза после завершения курса лучевой терапии равна +_____+ Гр

- 10
- 12
- 25
- 20

Нижняя граница облучаемого объема должна заканчиваться на уровне +_____+ позвонка

- 5 грудного

- 3 шейного
- 12 грудного
- 3 поясничного

Краниальное облучение проходит в режиме

- 7 дней в неделю
- через 1 день
- каждые 3 дня
- 5 дней в неделю

По классификации ICRU (International Comission on Radiation Units and Measurement), планируемый объем мишени обозначается

- PTV
- CTV
- QTV
- GTV

Разовая очаговая доза при краниальном облучении составляет +_____+ Гр

- PTV
- CTV
- QTV
- GTV

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 65 лет направлен районным онкологом в федеральный онкологический центр.
Жалобы
На образование под кончиком языка, болезненное при движении языка.
Анамнез заболевания
Около 5 месяцев назад отмечает ожог слизистой рта чаем, после появилось язвочка под языком, несколько недель полоскал настоем ромашки, язвочка не проходила. Обратился к стоматологу по месту жительства, была проведена консервативная терапия в течение 2 недель, без положительной динамики, направлен стоматологом к районному онкологу. После осмотра районным онкологом направлен в федеральный онкологический центр.
Анамнез жизни
Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – строитель. Курит сигареты по 1 пачке в день около 10 лет.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 172 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. *

Периферические лимфоузлы – при пальпации шейных лимфатических узлов определяется в подчелюстной области слева узел овальной формы, размерами до 7-8мм, смещаемый, мягко-эластичной консистенции, гладкой поверхности, безболезненный, другие лимфатические узлы не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. * Грудная клетка правильной формы, симметричная. Дыхание через нос свободное. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 13 уд в мин. * Сердце – тоны ясные, ритм правильный, ЧСС 76 уд в мин, АД 130/ 70 мм.рт.ст. * Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве. Стул регулярный.

Обследование пациента следует начать с

- PTV
- CTV
- QTV
- GTV

Результаты обследования

Наиболее информативным методом для постановки диагноза является

- PTV
- CTV
- QTV
- GTV

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом обследования, который наиболее точно позволяет судить о распространенности первичной опухоли является

- PTV
- CTV
- QTV
- GTV

Результаты инструментального метода обследования

Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить

- PTV
- CTV
- QTV
- GTV

Результаты обследования

Пациенту установлен диагноз рак дна полости рта

- PTV
- CTV
- QTV
- GTV

Диагноз

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводится в +_____+ условиях

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

На первом этапе пациенту показано +_____+ лечение

- химиолучевое
- хирургическое
- фотодинамическое
- полихимиотерапевтическое

Лучевая терапия проводится на фоне в/в введения +_____+ 1 раз в 3 недели на протяжении курса дистанционной лучевой терапии

- цисплатина в дозе 75 мг/м^2^
- паклитаксела в дозе 50 мг/м^2^
- цисплатина в дозе 100 мг/м^2^
- доксорубицина в дозе 100 мг/м^2^

Суммарная очаговая доза курса лучевой терапии на первичную опухоль составляет +_____+ Гр и регионарные лимфатические узлы +_____+ Гр

- 60 Гр и 30 Гр
- 50 Гр и 36 Гр

- 70; 46
- 80 Гр и 50 Гр

После выписки из стационара радиологического центра пациенту следует рекомендовать

- системную полихимиотерапию
- локальную химиотерапию
- хирургическое лечение
- динамическое наблюдение

К основному этиологическому фактору риска рака дна полости рта относят

- хронический стоматит
- гальванизм
- плоскую лейкоплакию
- веррукозную лейкоплакию

После лечения наблюдение у районного онколога показано с периодичностью 1 раз в +____+ месяца в течение первых 2 лет, каждые +_____+ месяцев в течение 3-го и 4-го года наблюдения, затем ежегодно

- хронический стоматит
- гальванизм
- плоскую лейкоплакию
- веррукозную лейкоплакию

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 40 лет обратился к врачу-онкологу.
Жалобы
На затруднение прохождения твердой пищи по пищеводу, боль при глотании, общую слабость.
Анамнез заболевания
Пациент отмечает, что вышеперечисленные жалобы появились около 3 месяцев назад и за это время затруднение прохождения пищи несколько усилилось.
Анамнез жизни
* В анамнезе курение – по 10 сигарет в сутки на протяжении 15 лет * В анамнезе у пациента прием алкоголя – по 40 граммов в сутки (в пересчете на чистый спирт)
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Поведение адекватное. Вес 91 кг, рост 178 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Лимфатические узлы не пальпируются * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы,

симметричная. Над - и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Грудные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 98% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
Наиболее информативным методом обследования для постановки диагноза является

- хронический стоматит
- гальванизм
- плоскую лейкоплакию
- веррукозную лейкоплакию

Результаты обследования

К основным диагностическим методам стадирования рака пищевода относится

- хронический стоматит
- гальванизм
- плоскую лейкоплакию
- веррукозную лейкоплакию

Результаты диагностических методов обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является +_____+ среднегрудного отдела пищевода

- хронический стоматит
- гальванизм
- плоскую лейкоплакию
- веррукозную лейкоплакию

Диагноз

Пациенту показано +_____+ лечение

- комбинированное
- только лучевое
- таргетное
- химиотерапевтическое

На первом этапе комбинированного лечения рекомендовано проведение +_____+ лечения

- химиолучевого
- лучевого
- химиотерапевтического
- хирургического

Предоперационную лучевую терапию проводят в режиме традиционного фракционирования до СОД, составляющего +_____+ Гр

- 30-36
- 40-50
- 66-68
- 55-60

Первичный GTV должен включать первичную опухоль и

- все регионарные лимфатические узлы
- окружающие ткани с отступом 3 мм
- пораженные лимфатические узлы
- прочие отделы пищевода

Отступ в продольном направлении при оконтуривании клинического объема опухоли составляет +_____+ см

- 3-4
- 7-8
- 1-2
- 5-6

При наличии выраженной дисфагии перед началом лучевой терапии проводят

- курс системной химиотерапии
- противоотечную и антисекреторную терапию
- эндоскопическую реканализацию пищевода
- резекцию пораженного отдела пищевода

После завершения химиолучевой терапии пациенту следует рекомендовать

- проведение таргетной и иммунотерапии
- проведение хирургического этапа комбинированного лечения

- продолжение химиотерапии в условиях диспансера
- динамическое наблюдение в течение полугода

Проведение хирургического этапа лечения следует рекомендовать через +_____+ недель после завершения химиолучевой терапии

- 2-3
- 9-10
- 5-6
- 6-8

После завершения комбинированного лечения, периодичность контрольных обследований на протяжении первых 2-х лет составляет 1 раз в +_____+ месяцев

- 2-3
- 9-10
- 5-6
- 6-8

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 68 лет обратился к врачу онкологу.
Жалобы
На снижение напора струи мочи, никтурию 2 раза за ночь.
Анамнез заболевания
Со слов пациента около 5 лет назад лечился у уролога по поводу простатита. В течение последних 3 лет ПСА не контролировал. Обратился за медпомощью в связи с дизурией.
Анамнез жизни
Курение по 10 сигарет в сутки в течение 30 лет
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 90 кг, рост 173 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Лимфатические узлы не пальпируются. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких

определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 98% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 110/70 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Стул регулярный, 1 раз в сутки, оформленный. Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное, напор струи мочи ослаблен, ноктурия 2 раза за ночь.

К основным методам обследования для постановки диагноза «Рак предстательной железы» относят

- 2-3
- 9-10
- 5-6
- 6-8

Результаты обследования

Наиболее информативными методами стадирования рака предстательной железы являются

- 2-3
- 9-10
- 5-6
- 6-8

Результаты обследования

Пациенту установлен диагноз Рак предстательной железы

- 2-3
- 9-10
- 5-6
- 6-8

Диагноз

Данный пациент относится к группе +_____+ риска прогрессирования рака предстательной железы

- низкого
- высокого
- очень высокого
- промежуточного

Пациенту показано проведение

- симптоматического лечения
- трансуретральной резекции простаты

- неоадъювантного курса химиотерапии
- дистанционной лучевой терапии

С целью уменьшения объема предстательной железы, перед началом курса дистанционной лучевой терапии, рекомендовано проведение

- трансуретральной резекции предстательной железы
- неоадъювантного курса химиотерапии доцетакселом
- эндоскопической аденомэктомии
- короткого курса неоадъювантной гормональной терапии

Суммарная очаговая доза (СОД) на предстательную железу должна составлять +_____+ Гр, на тазовые лимфатические узлы +_____+ Гр, ежедневная доза облучения +_____+ Гр

- 75–80; 55–60; 1,8-2,2
- 65–70; 45–50; 1,8–2,0
- 55–60; 40-42; 1,2-1,4
- 80–90; 45–50; 2,2–2,4

Пациенту после завершения курса дистанционной лучевой терапии, на фоне гормональной терапии следует рекомендовать

- проведение адьювантного курса химиотерапии доцетакселом
- динамическое наблюдение в течение 6 месяцев
- продолжение гормональной терапии в адъювантном режиме
- проведение таргетной терапии

Наиболее распространенным осложнением дистанционной лучевой терапии является

- эректильная дисфункция
- недержание мочи
- геморрагический цистит
- ректит и сигмоидит

С целью снижения лучевой нагрузки на мочевой пузырь, во время курса дистанционной лучевой терапии, пациенту следует рекомендовать +_____+ перед каждым сеансом лучевой терапии

- опорожнение мочевого пузыря
- установку мочевого катетера
- наполнение мочевого пузыря
- выполнение очистительной клизмы

После завершения курса дистанционной лучевой терапии, периодичность контроля уровня ПСА на протяжении первого года составляет 1 раз в +____+ месяца(ев)

- 4
- 2
- 8
- 3

Критерием биохимического рецидива после проведенного курса лучевой терапии, является +_____+ повышения уровня ПСА выше надира

- 4
- 2
- 8
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 80 лет направлена к врачу-радиотерапевту.
Жалобы
На мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 6 месяцев.
Анамнез заболевания
У пациентки 80 лет на фоне 30 лет постменопаузы появились мажущие кровянистые выделения из половых путей в течение 6 мес. У гинеколога не наблюдается в течение 25 лет. Обратилась к гинекологу по месту жительства. При гинекологическом осмотре: в зеркалах: шейка матки не увеличена, слизистая бледно-розовая, атрофичная, визуально без атипии. При ректо-вагинальном исследовании шейки матки не увеличена, обычной консистенции, своды не инфильтрированы. Матка не несколько увеличена, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не пальпируются. Параметрии с обеих сторон не инфильтрированы. Ректо-вагинальная перегородка не инфильтрирована. По данным УЗИ малого таза диагностирована патология эндометрия (М-хо 10 мм), с признаками инвазии в миометрий. Рекомендована консультация онколога. Выполнено раздельное диагностическое выскабливание под контролем гистероскопии. *Гистологическое заключение:* высокодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома. Диагноз: рак тела матки Iв ст (cT1вN0M0). Обсуждена на консилиуме с участием хирурга-онколога, радиотерапевта, химиотерапевта: пациентка отказывается от проведения хирургического лечения.
Анамнез жизни
* хронические заболевания: ИБС: постинфарктный кардиосклероз. НК 3. Гипертоническая болезнь 3 ст., риск ССО 4. Цереброваскулярная болезнь. Варикозная болезнь вен нижних конечностей. * не курила и не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергоанамнез не отягощен; * онкологический анамнез отрицает

Объективный статус
Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, нормостеник. Вес 87 кг, рост 165 см. Температура тела 36,7°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 16 в мин. Верхушечный точек определяется в 5-ом межреберье +2 см левее среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца приглушены, ритмичные. АД-146/85 мм рт.ст., Ps-80 в мин., d=S, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Живот не увеличен, равномерно участвует в акте дыхания, симметричный, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Пальцевое исследование прямой кишки: пальпаторно опухолевые образования не определяются. Почки: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. При гинекологическом осмотре: шейка матки не увеличена, слизистая бледно-розовая, атрофичная, визуально без атипии. При ректо-вагинальном исследовании шейки матки не увеличена, обычной консистенции, своды не инфильтрированы. Матка не несколько увеличена, подвижная, безболезненная, придатки с обеих сторон не пальпируются. Параметрии с обеих сторон не инфильтрированы. Ректо-вагинальная перегородка не инфильтрирована.
Для определения дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

- 4
- 2
- 8
- 3

Результаты обследования

До начала лечения следует определить в сыворотке крови уровень онкомаркера

- 4
- 2
- 8
- 3

Результаты обследования

Предполагаемой тактикой лечения является самостоятельная +_____+ терапия

- лучевая
- химио-
- фотодинамическая
- иммуно-

При предлучевой подготовке, фиксирующими устройствами для иммобилизации пациента являются

- большая термопластическая маска
- подставки под колени и ступни
- подставка под голову и загубник
- «крылатый» фрейм

При КТ–сканировании толщина срезов и шаг сканирования составляют +_____+ мм при стандартной лучевой терапии и +_____+ мм – при IMRT

- 2; 5
- 5; 3
- 3; 1
- 4; 2

Границы сканирования определяют сверху +_____+ ; снизу

- нижний край орбиты; яремная вырезка
- нижний край рукоятки грудины; лонное сочленение
- L3 или мечевидный отросток; середина бедра
- Т7 или 10 ребро; вертлужная впадина

Алгоритм передачи данных, полученных при КТ-сканировании органов малого таза, передают

- на планирующую станцию
- на станцию оконтуривания
- на лечебный аппарат
- на архивацию

Макроскопический объем опухоли (GTV) в данной клинической ситуации включает +_____+ и метастазы в лимфатических узлах +_____+ от опухоли

- тело матки; в 1 см
- шейку матки; без отступа
- визуализируемую опухоль ; без отступа
- всю матку; в 5 см

В клинический объем опухоли (CTV) в данной клинической ситуации необходимо включить GTV {plus} тело матки, шейку матки, параметральную клетчатку, регионарные лимфатические узлы с отступом +____+ мм вокруг регионарных сосудов

- 7
- 3
- 10

- 5

Отступ для планируемого объема опухоли (PTV) следует выбрать с учетом используемых фиксирующих устройств: +___+ мм - для купола культи влагалища, паравагинальной области между мочевым пузырем и прямой кишкой, +____+ мм - для параметральной и паравагинальной области, проксимального отдела влагалища, +_____+ мм - для регионарных лимфатических узлов и пресакральной зоны

- 10; 15; 5
- 15; 10; 7
- 15; 10; 10
- 10; 7; 5

К первичной опухоли подводят суммарную очаговую дозу (СОД) +_____+ Гр с разовой очаговой дозой (РОД) +_____+ Гр, а на регионарные лимфатические узлы СОД составляет +_____+ Гр с той же РОД

- 94-96; 1,0-1,6; 48-50
- 76; 2-2,2; 40-42
- 80-82; 1,0-1,5; 40-42
- 90-94; 1,8-2; 44-46

Максимально допустимая доза в прямой и сигмовидной кишке, в соответствии с параметрами оптимизации Quantec, составляет Dmax +_____+ Гр

- 94-96; 1,0-1,6; 48-50
- 76; 2-2,2; 40-42
- 80-82; 1,0-1,5; 40-42
- 90-94; 1,8-2; 44-46

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 46 лет обратилась к врачу-радиотерапевту.
Жалобы
Не предъявляет.
Анамнез заболевания
В марте 2019г. пациентка обратилась к гинекологу по месту жительства, с жалобами на периодические контактные кровянистые выделения из половых путей в течение 3 месяцев. По данным ПЦР диагностики выявлен ВПЧ 18 тип. Взяты мазки с шейки матки и цервикального канала. По данным цитологического исследования мазков с шейки матки и цервикального канала был диагностирован рак in situ шейки матки. Направлена на биопсию шейки матки с выскабливанием цервикального канала (РДВ). Гистологическое

заключение: плоскоклеточный неороговевающий инвазивный рак шейки матки. Онкомаркер SCC 7,5 нг/мл. Диагноз: рак шейки матки IB2 стадии, cT1b2N0M0. Обсуждена на консилиуме с участием хирурга-онколога, радиотерапевта, химиотерапевта: показано хирургическое лечение. В апреле 2019г. пациентке выполнено хирургическое лечение: расширенная экстирпация матки с придатками. Морфологическое исследование операционного материала: влагалищная порция шейки матки выстлана многослойным плоским эпителием с гипер- и паракератозом, койлоцитозом, участками эрозирования. В субэпителиальной основе влагалищной порции шейки матки в области наружного зева небольшие комплексы плоскоклеточной карциномы с опухолевыми эмболами в лимфатических сосудах и очагами некроза, с врастанием в эпителий в зоне трансформации. В нижней трети цервикального канала фиброзно- железистый полип без атипии. Края резекции-интактны. В л/узлах – мтс опухоли нет., гистиоцитоз синусов. Пациентка повторно обсуждена на консилиуме с участием хирурга-онколога, радиотерапевта, химиотерапевта: учитывая распространенность опухолевого процесса, в послеоперационном периоде показана сочетанная конформная лучевая терапия.

Анамнез жизни

* хронические заболевания: Хронический гастрит. Ремиссия. * не курила и не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * аллергоанамнез не отягощен; * онкологический анамнез отрицает

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Телосложение правильное, нормостеническая конституция. Вес 64 кг, рост 167 см. Температура тела 36,6°С. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, тургор сохранен. Периферические лимфоузлы не увеличены. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 17 в мин. Верхушечный точек определяется в 5-ом межреберье {plus}2 см левее среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные. АД-130/75 мм рт.ст., Ps-76 в мин., d=S, удовлетворительного наполнения и напряжения. Язык чистый, влажный. Живот не увеличен, равномерно участвует в акте дыхания, симметричный, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Пальцевое исследование прямой кишки: пальпаторно опухолевые образования не определяются. Почки: симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. При гинекологическом осмотре: Наружные половые органы развиты правильно. Уретра без особенностей. Культя влагалища сформирована правильно, несколько отечна, в куполе без некротических наложений. В малом тазу параметрии свободны.

Для определения дальнейшей тактики лечения необходимо выполнить

- 94-96; 1,0-1,6; 48-50
- 76; 2-2,2; 40-42
- 80-82; 1,0-1,5; 40-42
- 90-94; 1,8-2; 44-46

Результаты обследования

До начала лечения необходимо определить уровень

- 94-96; 1,0-1,6; 48-50
- 76; 2-2,2; 40-42
- 80-82; 1,0-1,5; 40-42
- 90-94; 1,8-2; 44-46

Результаты обследования

Предполагаемая тактика лечения представлена

- иммунотерапией
- лучевой терапией
- химиотерапией
- хирургическим лечением

При предлучевой подготовке, фиксирующими устройствами для иммобилизации пациента, являются

- подставки под колени, ступни и голову
- загубник и подголовник
- breastboard и «крылатый» фрейм
- большая термопластическая маска и загубник

При КТ–сканировании толщина срезов и шаг сканирования составляют +____+ мм при стандартной лучевой терапии и +____+ мм – при IMRT

- 3; 1
- 5; 3
- 4; 2
- 2; 5

Границы сканирования при планировочной КТ задают сверху +_____+ ; снизу

- нижний край орбиты; яремная вырезка
- L3 или мечевидный отросток; середина бедра
- нижний край рукоятки грудины; лонное сочленение
- Th7 или 10 ребро; вертлужная впадина

Алгоритм передачи данных, полученных при КТ-сканировании органов малого таза, передают

- на лечебный аппарат
- на планирующую станцию
- в архивное хранилище
- на станцию оконтуривания

Объем мишени для дистанционной лучевой терапии в данной клинической ситуации включает культю влагалища

- области параметриев, наружных и общих подвздошных лимфатических узлов
- зоны обтураторных, внутренних, наружных и общих подвздошных лимфатических узлов, паховые лимфоузлы с обеих сторон
- области параметриев, тазовое дно, зоны обтураторных, внутренних, наружных и общих подвздошных лимфатических узлов, паховые лимфоузлы с обеих сторон
- области параметриев, зоны обтураторных, внутренних, наружных и общих подвздошных лимфатических узлов, пресакральных лимфатических узлов

В клинический объем опухоли (CTV) в данной клинической ситуации необходимо включить купол культи влагалища, параметральную и паравагинальную клетчатку, проксимальный отдел влагалища, регионарные лимфатические узлы с отступом +____+ мм вокруг регионарных сосудов, пресакральную зону

- 5
- 1-2
- 7
- 3

Отступ для планируемого объема опухоли (PTV) следует выбрать с учетом используемых фиксирующих устройств: +____+ мм для опухоли, +____+ мм для параметральной клетчатки, +____+ мм для регионарных лимфатических узлов

- 10; 10; 5
- 15; 10; 10
- 10; 7; 5
- 15; 10; 7

Разовая очаговая доза (РОД), суммарная очаговая доза (СОД) на ложе удаленной опухоли и регионарные лимфатические узлы составляет: +_____+ Гр; +_____+ Гр; +_____+ Гр

- 3; 60-62; 51-54
- 1,8-2; 58-60; 48-50
- 3-4; 60-62; 54-56
- 1,5-1,6; 60-62; 50-54

Максимально допустимая доза на мочевой пузырь, в соответствии с параметрами оптимизации Quantec, составляет Dmax +_____+ Гр

- 3; 60-62; 51-54
- 1,8-2; 58-60; 48-50
- 3-4; 60-62; 54-56
- 1,5-1,6; 60-62; 50-54

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 58 лет направлена районным онкологом в федеральный онкологический центр.
Жалобы
На дискомфорт в области верхней челюсти справа, там же жжение при приеме кислой пищи, небольшая припухлость щеки справа.
Анамнез заболевания
После лечения зуба верхней челюсти справа у стоматолога, через 2 месяца, почувствовала дискомфорт во рту справа. Обратилась к стоматологу по месту жительства, при осмотре участок гиперемии слизистой щеки справа. Стоматологом назначена консервативная терапия (настой ромашки, метрогил гель местно, соблюдение щадящей диеты). При повторном осмотре стоматолога выявлено уплотнение слизистой, направлена к онкологу по месту жительства. Онкологом проведен соскоб слизистой щеки, по данным цитологического исследования тяжелая дисплазия слизистой, подозрение на рак. Районным онкологом направлена в федеральный онкологический центр.
Анамнез жизни
Социально-бытовые условия удовлетворительные. По профессии – продавец. Сопутствующая соматическая патология – гипертоническая болезнь 2 стадия, ИБС, стенокардия напряжения ФК2, постоянная мерцательной аритмия, НК2А. Находится на постоянной лекарственной кардиальной терапии, без ухудшения. Курит около 35 лет, сигареты 1 пачка в день.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 164 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Лицо асимметрично, отмечается небольшая припухлость щечной области справа. * Периферические лимфоузлы - шейные, подмышечные, паховые не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. * Грудная клетка правильной формы, симметричная. Дыхание через нос свободное. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы

справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. * Сердце – тоны ясные, ритм неправильный, ЧСС 74 уд в мин, аритмичные, АД 155/95мм.рт.ст. * Живот мягкий, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве. Стул регулярный. Пастозность стоп.
Обследование пациентки следует начать с

- 3; 60-62; 51-54
- 1,8-2; 58-60; 48-50
- 3-4; 60-62; 54-56
- 1,5-1,6; 60-62; 50-54

Результаты обследования

Наиболее информативным методом постановки диагноза является

- 3; 60-62; 51-54
- 1,8-2; 58-60; 48-50
- 3-4; 60-62; 54-56
- 1,5-1,6; 60-62; 50-54

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом обследования, который наиболее точно позволяет судить о распространенности первичной опухоли, является

- 3; 60-62; 51-54
- 1,8-2; 58-60; 48-50
- 3-4; 60-62; 54-56
- 1,5-1,6; 60-62; 50-54

Результаты инструментального метода обследования

У больной по классификации TNM первичная опухоль соответствует T

- 2
- 1
- 3
- 4a

У пациентки установлен диагноз Рак щеки справа

- 2
- 1
- 3
- 4a

Диагноз

Заболевание соответствует +_____+ клинической стадии

- II
- I
- III
- IVa

Наиболее частой гистологической формой рака щеки является +_____+ рак

- лимфоэпителиальный
- плоскоклеточный
- базалоидный
- железистый

От хирургического лечения пациентка категорически отказалась, поэтому пациентке необходимо провести

- системную химиотерапию
- химиолучевую терапию
- лучевое лечение
- криодеструкцию

Суммарная очаговая доза курса лучевой терапии на первичную опухоль составляет +_____+ Гр, а на регионарные лимфатические узлы +____+ Гр

- 60-70; 50
- 50-56; 40
- 45-50; 30
- 54; 50

После выписки из стационара радиологического центра пациенту следует рекомендовать

- системную полихимиотерапию
- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение
- локальную химиотерапию

К основному фактору риска развития рака щеки относят

- лейкокератоз
- стоматит
- плоскую лейкоплакию
- папиллому щеки

После проведения лечения наблюдение у районного онколога показано с периодичностью каждые +_____+ мес. в течение первых 2 лет, затем каждые 6-12 месяцев в течение 3-го и 4- го года наблюдения, затем 1раз в год

- лейкокератоз
- стоматит
- плоскую лейкоплакию
- папиллому щеки

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Пациентка Г., 46 лет обратилась к врачу-радиотерапевту.
Жалобы
Дискомфорт при приеме пищи, боль в правой половине языка.
Анамнез заболевания
Считает себя больной в течение 2 месяцев, когда впервые, после травмы правой половины языка, отметила появление помехи при приеме пищи. С течением времени симптоматика стала нарастать, присоединились боли. Получала симптоматическое лечение у стоматолога по месту жительства с временным положительным эффектом. Спустя 2 месяца с момента травмы обратилась к стоматологу по месту жительства. Заподозрено новообразование. Онкологом по месту жительства произведена биопсия образования - верифицирован плоскоклеточный рак. Диагноз: Рак языка II ст. T2N0M0. Ситуация обсуждена на консилиуме с участием хирурга-онколога, радиотерапевта, химиотерапевта: рекомендовано проведение лучевой терапии.
Анамнез жизни
* не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергические реакции отрицает * онкологический анамнез отрицает
Объективный статус
Состояние средней тяжести. Рост 165 см, вес 52 кг. Температура тела 36,4^0^C. Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, тургор сохранен. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 14 в мин. Верхушечный точек определяется в 5-ом межреберье +2 см левее среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 66/мин, АД 120/60 мм рт.ст., d=S, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не увеличен, равномерно участвует в акте дыхания, симметричный, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Пальцевое исследование прямой кишки: пальпаторно опухолевые образования не определяются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. При осмотре асимметрии лица и шеи нет. Мимические пробы выполняет. Тризма нет. Акт глотания не нарушен. Речь сохранена. Открывание рта в полном объеме, безболезненно. Язык подвижен. Девиация влево. При осмотре через рот: в области правой боковой поверхности

языка, определяется опухоль, преимущественно эндофитной формы роста, с язвенным дефектом, размерами 1,5 см в диаметре; инфильтрирующая правые отделы языка до корня, пальпаторно с переходом на правую половину ротоглотки, без перехода за среднюю линию, размерами 2,0х3,5 см. Кровотечения нет. В верхней трети шеи определяются единичные узлы, мягко-эластичной консистенции, размерами до 1 см, подвижные, безболезненные при пальпации.

Необходимыми инструментальными методами обследования для определения дальнейшей тактики лечения являются

- лейкокератоз
- стоматит
- плоскую лейкоплакию
- папиллому щеки

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимым инструментальным методом обследования, который наиболее точно позволяет судить о распространенности первичной опухоли, является

- ПЭТ-КТ
- МРТ органов полости рта с внутривенным контрастированием
- КТ органов полости рта
- УЗИ языка и лимфатических узлов шеи

Пациентке выполнено хирургическое лечение: операция перенесена удовлетворительно. Далее следует рекомендовать +_____+ терапию

- лучевую
- химио-
- фотодинамическую
- иммуно-

При предлучевой подготовке фиксирующими устройствами для иммобилизации пациентки являются

- индивидуальный подголовник и большая термосетка, кляп
- малая термосетка без подголовника и кляпа
- вакуумный матрас и подставка под ноги
- breastboard и крылатый фрейм

При КТ–сканировании в рамках предлучевой подготовки толщина срезов и шаг сканирования составляют +_____+ мм

- 2
- 3

- 1
- 5

Границы сканирования представлены сканированием от +_____+ до

- нижнего края орбиты; нижнего края рукоятки грудины
- макушки ; яремной вырезки
- верхнего края орбиты; яремной вырезки
- макушки; перстневидного хряща

Данные КТ-сканирования органов головы и шеи передаются на

- архивное хранилище
- линейный ускоритель
- станцию оконтуривания
- управляющую систему МРТ

Макроскопический объем опухоли (GTV) в данной клинической ситуации включает: весь объем определяемой первичной опухоли

- с учетом зоны отека и лимфоузлами
- без учета зоны отека и отступом 1-2 мм
- по краю изображения с учетом зоны отека
- по краю изображения без учета зоны отека

Объем профилактического облучения CTV2: пораженный орган (язык, ротоглотка) +_____+ от средней линии, и регионарные лимфоколлекторы +_____+ групп шеи с обеих сторон, а также заглоточные лимфоузлы

- целиком с двух сторон; I - IV
- справа; I - IV
- целиком с двух сторон; I - II
- справа; I - III

Отступом для планируемого объема опухоли (PTV1,2) является: CTV1,2 +_____+ мм (в зависимости от точности укладки)

- 2-8
- 1-2
- 8-10
- 3-5

Разовая очаговая доза (РОД), суммарная очаговая доза (СОД): на первичную опухоль (CTV1) и на локорегионарную область (CTV2) составляют +_____+ Гр, +_____+ Гр; +_____+ Гр, +_____+ Гр. соответственно

- 4; 40; 3; 30
- 2; 80; 1,6; 64
- 3; 51; 2; 34
- 2–2,2; 66 - 70; 1,8–2; 50-54

Максимально допустимая доза на околоушную железу в соответствии с параметрами оптимизации Quantec, составляет Dmax +_____+ Гр

- 4; 40; 3; 30
- 2; 80; 1,6; 64
- 3; 51; 2; 34
- 2–2,2; 66 - 70; 1,8–2; 50-54

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 60 лет обратилась к онкологу по месту жительства.
Жалобы
На узловое образование в левой молочной железе.
Анамнез заболевания
Самостоятельно обнаружила узловое образование в левой молочной железе в октябре 2018 г. Обратилась к врачу. После осмотра районным онкологом была направлена для обследования и лечения в Российский Научный Центр Рентгенорадиологии.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. * Перенесенные операции: удаление образования спины (липосаркома) с последующей лучевой терапией в 2006 г. * Отягощенная наследственность: бабушка - рак молочной железы в 53 года, тетя – рак молочной железы в 40 лет * Менопауза с: 55 лет. Гинекологические заболевания не отмечает.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 76 кг, рост 162 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Периферические и регионарные лимфатические узлы не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. * Молочные железы: средних размеров, развиты правильно, симметрично. Правая молочная железа пальпаторно без узловых образований, выделений из соска нет. В левой молочной железе в верхне-внутреннем квадранте определяется узловое образование максимальными размерами до 3 см, безболезненное, выделений из соска нет. * Границы лёгких в пределах нормы. Аускультация. Над всей поверхностью легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 в мин. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм * правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 130/80 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не

напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
Начать обследование данной пациентки при первичном обращении необходимо с

- 4; 40; 3; 30
- 2; 80; 1,6; 64
- 3; 51; 2; 34
- 2–2,2; 66 - 70; 1,8–2; 50-54

Результаты обследования

Необходимыми лабораторными методами обследования для постановки диагноза являются

- 4; 40; 3; 30
- 2; 80; 1,6; 64
- 3; 51; 2; 34
- 2–2,2; 66 - 70; 1,8–2; 50-54

Результаты лабораторных методов обследования

К необходимым для постановки диагноза инструментальным методам обследования относят

- 4; 40; 3; 30
- 2; 80; 1,6; 64
- 3; 51; 2; 34
- 2–2,2; 66 - 70; 1,8–2; 50-54

Результаты инструментальных методов обследования

Пациентке целесообразно рекомендовать генетическое тестирование на мутации в гене

- BRCA I
- CDH1
- EGFR
- BRAF

Наиболее вероятным диагнозом является Рак левой молочной железы

- BRCA I
- CDH1
- EGFR
- BRAF

Диагноз

В данной ситуации пациентке показана операция в объеме

- секторальной резекции
- радикальной резекции с подмышечной лимфаденэктомией
- радикальной резекции с биопсией сигнального лимфатического узла
- мастэктомии по Маддену с подмышечной лимфаденэктомией

Оптимальным методом лучевой терапии для этой пациентки является

- сочетанная (дистанционная + внутритканевая) лучевая терапия
- дистанционная лучевая терапия
- близкофокусная рентгенотерапия
- аппликационная лучевая терапия

В данном случае у пациентки в зону облучения необходимо включить

- грудную стенку {plus} парастернальные лимфоузлы {plus} подмышечные лимфоузлы
- грудную стенку {plus} парастернальные лимфоузлы с обеих сторон {plus} над-/подключичную зону
- грудную стенку {plus} парастернальные лимфоузлы {plus} над-/подключичную зону {plus} оставшуюся часть молочной железы
- грудную стенку {plus} над/подключичную зону {plus} подлопаточные лимфоузлы {plus} оставшуюся часть молочной железы

Оптимальная терапевтическая суммарная доза при стандартном режиме фракционирования на переднюю грудную стенку составляет +_____+ Гр

- 44-45
- 52-56
- 46-50
- 60-70

Органами риска необходимыми для оконтуривания являются

- головной мозг, гортань, пищевод, сердце, легкие, трахея, щитовидная железа, желудок
- гортань, пищевод, сердце, легкие, трахея, щитовидная железа, контралатеральная молочная железа
- гортань, пищевод, сердце, легкие, трахея, щитовидная железа, спинной мозг, контралатеральная молочная железа
- нижняя челюсть, гортань, спиной мозг, сердце, легкие, трахея, щитовидная железа

Послеоперационный курс дистанционной ЛТ рекомендовано начать в сроки от +_____+ недель от даты операции (при условии полного заживления операционной раны)

- 12-16
- 2-10
- 1-8
- 4-12

После окончания лечения пациенту рекомендуется выполнять двухстороннюю (в случае органосохраняющей операции) или контралатеральную маммографию в сочетании с УЗИ регионарных зон и области послеоперационного рубца периодичностью 1 раз в +____+ месяцев

- 12-16
- 2-10
- 1-8
- 4-12

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 60 лет обратился к врачу-радиотерапевту
Жалобы
На учащенное затрудненное мочеиспускание, никтурию до 2 раз
Анамнез заболевания
При диспансерном обследовании по месту жительства у пациента выявлено повышение уровня ПСА до 8,6 нг\мл. Выполнена трансректальная мультифокальная биопсия простаты, верифицирован рак. Морфологическое исследование № 11623К/Б: в части фрагментов (3-х из 6-ти в правой доле) имеется рост ацинарной аденокарциномы 6 (3+3) баллов по Глисону G1, занимающей до 70% площади.
По данным комплексного обследования выявлен локализованный опухолевый процесс в предстательной железе; данных за наличие отдаленных и регионарных метастазов не получено. Тактика лечения пациента обсуждена на онкологическом консилиуме. Учитывая наличие выраженной кардиальной патологии, как альтернатива хирургическому лечению, пациенту показано проведение дистанционной лучевой терапии на область предстательной железы по радикальной программе.
Анамнез жизни
* хронические заболевания: ИБС, постинфарктный ККС (ОИМ в 2014г). Стентирование коронарных артерий в 2014, 2016, 2018гг. ГБ III ст, 3 степень, риск 4 * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * онкологический анамнез отрицает
Объективный статус
Общее состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 174 см. Температура тела

36,6°С. Кожные покровы сухие, теплые. Зев умеренно гиперемирован, миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы: затылочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые - не увеличены. Перкуторно границы средостения не расширены, над легкими – ясный легочный звук; аускультативно – дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 79/мин, АД 124/74 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления: стул в пределах нормы, мочеиспускание – учащенное, никтурия до 2 раз. При пальцевом ректальном исследовании: предстательная железа не увеличена, мягко-эластической консистенции, междолевая бороздка выражена, в нижнем периферическом отделе правой доли пальпируется безболезненное округлое уплотнение диаметром около 1 см. На высоте пальца в прямой кишке дополнительные образования не пальпируются.
Необходимым инструментальным методом диагностики для уточнения категорий T и N при стадировании рака предстательной железы по классификации TNM является

- 12-16
- 2-10
- 1-8
- 4-12

Результаты инструментального метода обследования

Данного пациента можно отнести к группе +_____+ риска прогрессирования заболевания

- 12-16
- 2-10
- 1-8
- 4-12

Результаты обследования

Наиболее оптимальным вариантом лучевой терапии для данного пациента является

- гормоно-лучевая терапия
- самостоятельная радионуклидная терапия
- широкопольная лучевая терапия
- 3D-конформная локальная лучевая терапия

Для обеспечения воспроизводимости укладки на терапевтическом столе при локальной лучевой терапии рака предстательной железы в режиме IMRT необходимо использовать

- крылатый фрейм

- вакуумный матрац
- breast board
- подголовник, подколенник

Рекомендуемый шаг КТ-сканирования при 3D-топометрии органов малого таза для планирования 3D-конформной лучевой терапии рака предстательной железы составляет +____+ мм

- 0,5
- 3
- 5
- 1

При применении прецизионных методик облучения (IMRT, IGRT) рекомендуемая разовая очаговая доза составляет +____+ Гр

- 1,8-2
- 6,5
- 2,4-4
- 2,0

Основным методом топометрии при 3D-конформной лучевой терапии предстательной железы является

- КТ-топометрия
- УЗИ-топометрия
- топометрия под контролем телерентгеновской установки
- топометрия на рентгеновском симуляторе

В объем мишени (GTV) в данной клинической ситуации необходимо включить

- предстательную железу
- семенные пузырьки
- внутренние, наружные и общие подвздошные лимфатические узлы
- внутренние подвздошные лимфатические узлы с обеих сторон

Отступ от GTV для планируемого объема опухоли (PTV), который следует выбрать при локальном облучении простаты, составляет

- 1 см во всех направлениях
- 5 мм в направлении прямой кишки и 8 мм – в остальных направлениях
- 3 мм в направлении прямой кишки и 5 мм – в остальных направлениях
- 5 мм во всех направлениях

Рекомендованная разовая очаговая доза (РОД) при локальном облучении предстательной железы в режиме (3D-конформная лучевая терапия) составляет +_____+ Гр

- 3
- 1-1,5
- 1,8-2
- 3,5

Рекомендованная суммарная очаговая доза (СОД) при локальном облучении предстательной железы (3D-конформная лучевая терапия) составляет +_____+ Гр

- 60-64
- 74-78
- 70-72
- 64-66

Максимально допустимыми дозами на критические органы (мочевой пузырь и толстую кишку), являются: мочевой пузырь V +____+ < +_____+ % (объем органа, получающий дозу 50Гр-экв); толстая кишка V +_____+ < +_____+ %

- 60-64
- 74-78
- 70-72
- 64-66

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 72 лет обратился к врачу-радиотерапевту
Жалобы
На учащенное мочеиспускание, никтурию до 3 раз
Анамнез заболевания
С вышеописанными жалобами пациент обратился к урологу по месту жительства, при обследовании выявлено повышение уровня ПСАобщ до 74 нг\мл. Выполнена мультифокальная трансректальная биопсия предстательной железы. Морфологическое исследование - во всех фрагментах предстательной железы имеется инфильтративный рост ацинарной аденокарциномы 7(4+3) баллов по Глисону G3, занимающей до 100% площади отдельных фрагментов. В плане дообследования выполнены КТ органов грудной и брюшной полостей и забрюшинного пространства, остеосцинтиграфия – данных за наличие опухолевой патологии не получено. По данным МРТ малого таза – выявлена опухоль предстательной железы с признаками инвазии капсулы железы и выходом в парапростатическую клетчатку. Семенные пузырьки не изменены. Лимфоузлы таза не изменены. На 1-ом этапе рекомендовано проведение гормонотерапии агонистами ЛГРГ общей длительностью 6 мес с последующим контрольным обследованием. При контрольном обследовании через 6 мес: ПСА общ=0,609 нг\мл. МРТ малого таза – предстательная железа размерами

45х40х37 мм (объем 42 см^3^), при настоящем исследовании данных за объемные образования в предстательной железе не выявлено. Семенные пузырьки не увеличены. Лимфоузлы не изменены. По данным КТ брюшной полости и забрюшинного пространства – без признаков опухолевого роста. Дальнейшая тактика лечения обсуждена на онкологическом консилиуме – пациенту показано проведение курса дистанционной лучевой терапии на локо-регионарную зону по радикальной программе на фоне продолжения гормонотерапии аЛГРГ.

Анамнез жизни

* хронические заболевания: ХОБЛ, вне обострения * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * онкологический анамнез отрицает

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Вес 87 кг, рост 180 см. Температура тела 36,6 С. Кожные покровы сухие, теплые. Зев умеренно гиперемирован, миндалины не увеличены. Периферические лимфоузлы: затылочные, шейные, надключичные, подключичные, подмышечные, паховые - не увеличены. Перкуторно границы средостения не расширены, над легкими – ясный легочный звук; аускультативно – дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 79/мин, АД 124/74 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления: стул в пределах нормы, мочеиспускание – никтурия до 3 раз.

Необходимыми инструментальными методами диагностики для уточнения стадии заболевания являются

- 60-64
- 74-78
- 70-72
- 64-66

Результаты инструментальных методов обследования

Данного пациента можно отнести к группе +_____+ риска прогрессирования заболевания

- 60-64
- 74-78
- 70-72
- 64-66

Дополнительная информация

Морфологическое исследование - во всех фрагментах предстательной железы имеется инфильтративный рост ацинарной аденокарциномы 7(4+3) баллов по Глисону G3

ПСА общ =74 нг\мл

По данным МРТ малого таза – предстательная железа размерами 54х51х47 мм

(объем 56 см3) в периферической зоне на 4-12 ч.у.ц. с распространением на транзиторную зону определяется участок измененного МР-сигнала размерами до 44х30 мм, который интимно прилежит к капсуле железы на всем протяжении с признаками ее инвазии на ограниченном участке справа и выходом опухоли в парапростатическую клетчатку.
Семенные пузырьки не изменены. Л\у таза не изменены.
Оптимальная предполагаемая тактика лечения представлена

- гормоно-лучевой терапией
- самостоятельной дистанционной лучевой терапией
- брахитерапией предстательной железы
- самостоятельной гормональной терапией

С целью уменьшения объема предстательной железы перед началом курса дистанционной лучевой терапии рекомендовано проведение

- трансуретральной резекции предстательной железы
- неоадъювантного курса химиотерапии доцетакселом
- эндоскопической аденомэктомии
- короткого курса неоадъювантной гормональной терапии

Наиболее оптимальным методом иммобилизации пациента при проведении предлучевой топометрической подготовки и дальнейшем проведении лучевой терапии является

- крылатый фрейм
- breast board
- термопластическая форма
- подголовник, подколенник

Оптимальный шаг КТ-сканирования при топометрии составляет +___+ мм

- 0,5
- 3
- 1
- 5

Основным методом топометрии при 3D-конформной лучевой терапии предстательной железы является

- КТ-топометрия
- УЗИ-топометрия
- топометрия под контролем телерентгеновской установки
- топометрия на рентгеновском симуляторе

У пациента без поражения регионарных лимфатических узлов суммарная очаговая доза (СОД) на предстательную железу должна составлять +_____+

Гр, на тазовые лимфатические узлы +_____+ Гр, ежедневная доза облучения +_____+ Гр

- 55–60; 40-42; 1,2-1,4
- 80–90; 45–50; 2,2–2,4
- 65–70; 45–50; 1,8–2,0
- 75–80; 55–60; 1,8-2,2

В дополнительный последующий клинический объем опухоли (CTV2) необходимо включить предстательную железу и

- весь объем семенных пузырьков
- луковицу полового члена
- базальные отделы семенных пузырьков
- придатки яичка

Отступ от CTV2 для планируемого объема опухоли (PTV), который следует выбрать при дополнительном локальном облучении простаты и семенных пузырьков, составляет +___+ мм в направлении прямой кишки, и +____+ мм в остальных направлениях

- 3; 5
- 5; 8
- 1; 1
- 5; 5

После завершения курса дистанционной лучевой терапии, периодичность контроля уровня ПСА на протяжении первого года составляет 1 раз в +____+ месяца (ев)

- 8
- 4
- 2
- 3

Критерием эффективности проведенного лечения и биохимического рецидива заболевания после лучевой терапии является подъем показателей ПСА выше надира +_____+ 4 недели

- 8
- 4
- 2
- 3

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 51 года направлена районным онкологом в федеральный онкологический центр для решения вопроса о проведении радикального курса лучевой терапии.
Жалобы
На контактные кровянистые выделения из половых путей в течение 2 месяцев.
Анамнез заболевания
В апреле 2019 г. при плановом осмотре у гинеколога в г. Чите выявлена патология шейки матки, цитологически - CIN III. В мае 2019 года выполнено РДВ под контролем гистероскопии, биопсия шейки матки, в биоптате − умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак. Протяженность поражения во фрагменте 9х4 мм. Самостоятельно обратилась в МНКЦ им. Логинова. Проведено комплексное обследование, выявлена опухоль шейки матки с распространением на перешеек 39х29х50 мм, циркулярно охватывающая стенки, с признаками инфильтрации параметральной клетчатки. Регионарная лимфаденопатия: множественные запирательные слева до 5 мм, справа до 3 мм, в мезоректальной клетчатке до 3 мм. Отдаленных лимфогенных и органных метастазов не выявлено. В хирургическом лечении отказано. Направлена на консультацию радиотерапевта в РНЦРР.
Анамнез жизни
Росла и развивалась по возрасту. Сопутствующие заболевания: Гастроэзофагеальный рефлюкс.Кардиомиопатия, обусловленная воздействием лекарственных средств и других внешних факторов. Атопический дерматит.Аллергоанамнез: аллергию на лекарственные препараты отрицает. В детстве:Ветряная оспа. Корь. Перенесенные травмы:1994г. - автоавария - репозиция отломков скуловой кости, верхней челюсти, правого бедра. Наследственность не отягощена.Сифилиса не было.Туберкулеза нет. Злокачественные опухоли у родственников:сестра двоюродная по отцу - рак матки. Психических отклонений нет. Курит с 15 лет, по 10−12 сигарет в день. Алкоголь не употребляет. Наркотики не употребляет. Эпидемиологический анамнез: контактов с больными корью не имела. Профессиональные вредности не отмечены. *Гинекологический анамнез:* Количество беременностей -4. Роды 2. Аборты: медицинский − 1, самопроизвольный -1. Менопауза с: 43 лет. Гинекологические заболевания: хронический аднексит слева, обострение последнее около 5 лет назад. «Эрозия» шейки матки с 1999 года, обследование не проводилось, лечение по месту жительства, несмотря на регулярные обращения, не предлагалось.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 170 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. * Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях, на шее, не увеличены, симметричные с обеих сторон, подвижные, не спаянные с окружающими тканями, плотно-эластической консистенции, безболезненные. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с

обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется ясный лёгочный звук, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 99% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 75 уд в мин, АД 120/85 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. * При гинекологическом осмотре: Вульва не изменена. Влагалище рожавшей, емкое, до верхней трети от опухоли свободно, слизистые без вегетаций и пальпаторных уплотнений. Верхняя треть циркулярно инфильтрирована на протяжении 2 см. Шейка матки: на месте влагалищной порции - кратер с вегетациями в области наружного зева до 2,5 см глубиной. Пальпаторно тело матки с надвлагалищной частью до 6-7 см, плотное, ограничено подвижное за счет инфильтрации параметральной клетчатки справа до половины параметрия, слева - пришеечно плотная инфильтрация, затем - тяжистость. Выделения сукровичные.

Для верификации характера патологического процесса на шейке матки требуется обязательное выполнение

- 8
- 4
- 2
- 3

Результаты обследования

Наиболее вероятным этиологическим фактором в развитии рака шейки матки у данной больной является

- 8
- 4
- 2
- 3

Больной может быть установлен диагноз

- 8
- 4
- 2
- 3

Диагноз

Наиболее информативным и прогностически значимым в диагностике плоскоклеточного рака шейки матки является определение в крови онкомаркера

- 8
- 4
- 2
- 3

Результаты обследования

Согласно данных анамнеза, клинического обследования и установленной стадии заболевания, больной целесообразно провести

- адъювантную лучевую терапию на фоне еженедельного введения Цисплатина в дозе 30 мг/м^2^ на протяжении лучевой терапии
- только дистанционную лучевую терапию
- только внутриполостное облучение (брахитерапию)
- сочетанную ЛТ + еженедельное введение цисплатина в дозе 40 мг/м на протяжении лучевой терапии

Радикальная сочетанная лучевая терапия при раке шейки матки предусматривает сочетание

- дистанционной и внутритканевой лучевой терапии
- внутриполостной и внутритканевой лучевой терапии
- лучевой терапии и химиотерапии
- дистанционной и внутриполостной лучевой терапии

Для внутриполостного облучения (брахитерапии) наиболее часто используются источники ионизирующего излучения

- 240Pu
- 90Sr
- 60Co и 192Ir
- 131I

При лечении больных раком шейки матки по радикальной программе суммарные дозы от курса сочетанной лучевой терапии в зоне первичного очага составляют +_____+ Гр

- 46−50
- 80−90
- 60
- 70

Для топометрической подготовки к конформной дистанционной лучевой терапии при раке шейки матки предпочтительно использовать

- планирование облучения по трем поперечным срезам тела на уровне изоцентра, верхнего и нижнего краев предполагаемого поля облучения
- компьютерную томографию
- планирование облучения по поперечному срезу тела на уровне изоцентра
- комплексное ультразвуковое исследование малого таза и брюшной полости

Оптимальным режимом проведения дистанционного облучения при радикальной лучевой терапии рака шейки матки является

- гамма−терапия в режиме многоосевой ротации на область малого таза и зон регионарного метастазирования в РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр
- конформная лучевая терапия малого таза и зон регионарного метастазирования (4-х польное облучение, IMRT). Режим фракционирования, принятый в России, 2 Гр 5 раз в неделю до СОД 46−50 Гр
- гамма−терапия в статическом режиме с двух противолежащих полей на область малого таза и зон регионарного метастазирования в РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОДэкв 50 Гр
- стереотаксическое облучение малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 3 Гр 3 раза в неделю до СОДэкв 50 Гр, облучение парааортальной области в РОД 1,8 Гр 5 раз в неделю до СОД 40 Гр

Для объемного планирования параметров внутриполостной лучевой терапии при раке шейки матки предпочтительно использовать для топометрии

- магнитно−резонансную томографию
- атласы дозовых распределений
- комплексное ультразвуковое исследование малого таза и брюшной полости
- компьютерную томографию

Объемное планирование параметров внутриполостного облучения при раке шейки матки предусматривает предписание разовой очаговой дозы РОД на

- магнитно−резонансную томографию
- атласы дозовых распределений
- комплексное ультразвуковое исследование малого таза и брюшной полости
- компьютерную томографию

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 59 лет направлена районным онкологом в федеральный онкологический центр для решения вопроса о проведении адъювантного лучевого лечения.
Жалобы
На умеренную слабость
Анамнез заболевания
Постменопауза 13 лет. У гинеколога не была 7 лет. В апреле 2019 года-кровотечение из половых путей.
18-04-2019 в ГКБ№1 им. Н.И. Пирогова - РДВ, гистероскопия, диагностировано опухолевое поражение тела и шейки матки. Гист. №3615−9/19 – эндометриоидная аденокарцинома G2.
24-06-2018 в МНКЦ им. Логинова выполнено повторно РДВ, гистероскопия, гист. №1446−8/19 - эндометриоидная аденокарцинома G2.
17-07-2019 в МНКЦ им. Логинова выполнена робот-ассистированная расширенная экстирпация матки с придатками. Гист. № 19/3-005128-инвазивная умеренно дифференцированная эндоцервикальная аденокарцинома шейки матки Grade 2 с изъязвлением, инвазией в стенку 1,1 см, с распространением на нижний сегмент матки, с фокусами роста в параметрии, с признаками лимфо-васкулярной инвазии, без признаков метастатического поражения 26 удаленных тазовых лиимфоузлов. Очаг эндометриоза в толще левого яичника. Направлена на консультацию радиотерапевта в РНЦРР. При пересмотре стекол препаратов Номера образцов: 13170-94/19. Готовые препараты 19.3. 4647 Умеренно дифференцированная эндоцервикальная аденокарцинома шейки матки. Опухоль врастает в строму шейки матки на глубину 0,9 см (2/3 толщины стенки шейки матки в области цервикального канала) с фокусами врастания опухоли в клетчатку параметрия. Не обнаружено врастания опухоли в эндометрий миометрий. Эндометрий атрофичен. Яичники: белые тела, серозные кисты, маточные трубы обычного строения. В 26 иссеченных лимфоузлах опухолевые клетки не обнаружены.
Анамнез жизни
Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергоанамнез:не отягощен. Инфекционные заболевания: отрицает. Сопутствующие заболевания: Киста правой молочной железы. Травм не отмечает. Перенесенные ранее операции: 2004 - удаление липомы спины. Наследственность не отягощена. Сифилиса не было. Туберкулеза нет. Психических отклонений нет. Курит: 1/2 пачки в день. Алкоголь не употребляет. Наркотики не употребляет. Эпидемиологический анамнез: Контакты с заболевшими корью отрицает. Профессиональные вредности не отмечены.
Объективный статус
Настоящее состояние. Положениеактивное.Общее состояние удовлетворительное.Телосложение астеническоеКожа и видимые слизистые

чистые, нормальной окраски.Лимфатические узлы нормальных размеров.Костно-мышечный аппарат без патологии.Щитовидная железа не увеличена.Молочные железы изменены: в правой молочной железе в верхне−наружном квадранте пальпируется образование до 1 см туго−эластической консистенции. УЗИ молочных желез от 29.04.2019 г. В верхне−наружном квадранте правой молочной железы визуализируется образование анэхогенной структуры 7 мм с четкими границами. *Неврологический статус.* На момент осмотра не отягощен. *Органы кровообращения.* Пульс ритмичный 74 ударов в мин.нормального наполнения. Тоны сердца ясные. Шумы сердца не выявлены.Границы сердца в пределах нормы.АД:100/70 мм. рт. ст. *Органы дыхания.* Дыхание свободное.Одышки нет. Перкуторно легочный звук над всеми областями.Дыхание (аускультативно) везикулярное, проводится равномерно. Хрипы не прослушиваются. *Мочевыделительная система.* Область почек не изменена.Почки не пальпируются. Симптом Пастернацкого отрицательный. Мочеиспускание не учащено, безболезненно. Мочеиспускание не нарушено. *Гинекологический анамнез.* Количество беременностей- 5. Роды - 3. Аборты: 2. Менопауза с: 50 лет. Гинекологические заболевания не отмечает. *Органы пищеварения* Язык влажный,чистый.Живот правильной формы.Живот в акте дыхания участвует равномерно. Его форма не изменена. При пальпации живот мягкий, безболезненный. При перкуссии - патология не выявлена. Аускультативно - патология не выявлена. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Грыжевые выпячивания не выявлены. Граница печени при перкуссии в пределах нормы. При пальпации печень безболезненна. Печеночная тупость в нормальных пределах. Селезенка не пальпируется. Отмечаются запоры. Натуживание при акте дефекации.

Обследование пациентки при обращении к врачу−радиотерапевту после хирургического лечения по поводу рака шейки матки следует начинать с

- магнитно−резонансную томографию
- атласы дозовых распределений
- комплексное ультразвуковое исследование малого таза и брюшной полости
- компьютерную томографию

Результаты обследования

Для установления диагноза и решения вопроса о тактике лечения больной с подозрением на злокачественную опухоль шейки матки первостепенное значение имеет выполнение

- магнитно−резонансную томографию
- атласы дозовых распределений
- комплексное ультразвуковое исследование малого таза и брюшной полости
- компьютерную томографию

Результаты обследования

Для выявления метастатического поражения тазовых лимфатических узлов на этапе первичной диагностики наиболее информативным методом обследования является

- магнитно−резонансную томографию
- атласы дозовых распределений
- комплексное ультразвуковое исследование малого таза и брюшной полости
- компьютерную томографию

Результаты обследования

На основании данных анамнеза и послеоперационного гистологического исследования врачу−радиотерапевту следует установить у данной больной диагноз +_____+ Рак шейки матки +_____+ стадии

- магнитно−резонансную томографию
- атласы дозовых распределений
- комплексное ультразвуковое исследование малого таза и брюшной полости
- компьютерную томографию

Диагноз

На основании данных дооперационного обследования и послеоперационного гистологического исследования удаленного материала, больная относится к группе_____ риска

- промежуточного
- высокого
- промежуточно−высокого
- низкого

Исходя из полученных данных клинико-диагностических дооперационного обследования и послеоперационного гистологического исследования удаленного материала, больной в послеоперационном периоде показано проведение

- динамического наблюдения
- адъювантной внутриполостной лучевой терапии
- адъювантной дистанционной лучевой терапии
- адъювантной химио-лучевой терапии

Стандарт адъювантной внутриполостной лучевой терапии в случае ее проведения у данной больной предусматривает облучение

- только вагинального рубца РОД 6−7 Гр один раз в неделю в эквивалентной дозе 30 Гр не позднее 4-6 недель после хирургического вмешательства или всей влагалищной трубки РОД 2,5−3 Гр ежедневно в эквивалентной дозе 30 Гр в сроки от 6 до 12 недель после хирургического вмешательства
- культи влагалища РОД 3–5 Гр 2–3 раза в неделю в эквивалентной дозе СОД 21–25 Гр
- только вагинального рубца РОД 7−10 Гр два раза в неделю в эквивалентной дозе 40 Гр
- только верхней трети влагалища в эквивалентной дозе 30 Гр с применением эндоректальных эндостатов для профилактики поздних лучевых стенозов влагалища

Оптимальным режимом проведения адъювантного дистанционного облучения в случае его реализации у данной больной считают

- конформное облучение малого таза и зон регионарного метастазирования в режиме IMRT РОД 2 Гр 5 раз в неделю до СОД 46−50 Гр
- протонную терапию
- гамма−терапию в статическом режиме с двух противолежащих полей на область малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 2,5 Гр 5 раз в неделю до СОД экв. 50 Гр
- стереотаксическое облучение малого таза и зон регионарного метастазирования РОД 3 Гр 3 раза в неделю до СОД экв. 50 Гр, облучение парааортальной области РОД 1,8 Гр 5 раз в неделю до СОД 40 Гр

Оптимальным сроком начала адъювантного лучевого лечения при раке шейки матки считают начало через +_____+ дней после операции

- 7−10
- 30-50
- 60-90
- 21–28

«Органами риска», требующими ограничения подводимых доз адъювантной лучевой терапии, у данной больной являются

- 12−перстная кишка, печень
- кости таза
- хиазма, диафрагма
- почки

Наиболее часто у больных раком шейки матки в ходе адъювантной лучевой терапии наблюдается

- острый цистит
- глаукома

- острый пульмонит
- острая язва желудка

После выписки из радиологического центра данной пациентке следует рекомендовать

- острый цистит
- глаукома
- острый пульмонит
- острая язва желудка

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мальчик 5 лет направлен из НМИЦ НХ им. Н.Н. Бурденко в Федеральный онкологический центр.
Жалобы
На головную боль, рвоту, шаткость при ходьбе.
Анамнез заболевания
Болен с июня 2013 – приступ судорог с потерей сознания. С июля 2013 присоединились головная боль и рвота, шаткость при ходьбе. При МРТ головного мозга 11.10.13 выявлена опухоль 4 желудочка с парастволовым распространением. Окклюзионная гидроцефалия. Госпитализирован в НХЦ г.Тюмени. 11.10.13 выполнена операция – ВПШ.
22.10.13 выполнена операция II - удаление опухоли 4 желудочка с парастволовым распространением. Гистологическое заключение после пересмотра гистопрепаратов в НИИНХ им.Н.Н,Бурденко - анапластическая эпендимома. В связи с бульбарными нарушениями и дыхательными расстройствами выполнена трахеостомия 23.10.13, кормление осуществляли с помощью НГЗ. 24.10.13 выполнена декомпрессионная трепанация черепа из-за отека ЗЧЯ.
01.11.13 выполнена операция – ревизия ВПШ. При МРТ головного мозга без и с КУ 18.12.13 – данных за остатки опухоли нет. С 03.01.2014 по 04.09.2014 получил 10 циклов ПХТ по протоколу ХИТ-СКК без МТХ. МРТ головного мозга без и с КУ 08.05.14 – данных за рецидив опухоли нет.
03.07.14 трахеостома удалена. При МРТ головного мозга 17.07.14 данных за рецидив опухоли нет. При КТ головного мозга без и с КУ в проекции 4 желудочка определяется образование размерами 11х10х9мм. При ретроспективном анализе МРТ образование определялось на МРТ 02.14, 08.05.14. При МРТ головного мозга 03.10.14 – в правой гемисфере мозжечка определяется образование размерами 10,3х12.7х10.3 мм – рецидив опухоли? При МРТ спинного мозга без и с КУ 17.10.14 – мтс не обнаружены. ПЭТ головного мозга с метионином 11.11.14 – в правой гемисфере мозжечка и 4 желудочке определяется очаг повышенного накопления РФП размерами 18х12х14 мм – локальный рецидив опухоли.

20.01.15 выполнена операция – удаление опухоли 4 желудочка. Удаление шунтирующей системы, установлен НВД. После операции – наросла атаксия справа, снижение глоточного рефлекса справа.
Гистологическое заключение: анапластическая эпендимома.

Анамнез жизни

Рос и развивался по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергоанамнез не отягощен. Анамнез жизни (детский) Какой по счету ребенок: 3. От какой беременности: 3. Как протекала беременность: без особенностей. Как протекали роды: родоразрешение кесаревым сечением в срок, проводились реанимационные мероприятия. Особенности кормления на 1-м году жизни: до 1 года грудное вскармливание. Раннее развитие - без патологии. Профилактические прививки: по возрасту.

Объективный статус

* Состояние тяжелое по основному заболеванию. Вес 17 кг, рост 110 см. Температура тела 36,6°С. * Телосложение нормостеническое, пониженного питания. * Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. * Лимфатические узлы нормальных размеров. * Костно-мышечный аппарат без патологии. * Щитовидная железа не увеличена. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 18 в минуту. * Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 уд в мин. Ро2 99% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 111 уд в мин, АД 110/85 мм.рт.ст. * Живот правильной формы, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации живот мягкий, безболезненный. При перкуссии - патология не выявлена. Аускультативно - патология не выявлена. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Грыжевые выпячивания не выявлены. Граница печени при перкуссии в пределах нормы. При пальпации печень безболезненна. Печеночная тупость в нормальных пределах. Селезенка не пальпируется. Стул нормальный.

Выбор тактики лечения следует начать с

- острый цистит
- глаукома
- острый пульмонит
- острая язва желудка

Результаты обследования

С целью уточнения поставленного диагноза пациенту необходимо выполнить следующие инструментальные исследования

- острый цистит
- глаукома

- острый пульмонит
- острая язва желудка

Результаты обследования

Инструментальным методом обследования, который необходимо выполнить, чтобы наиболее точно судить о распространенности первичной опухоли, является

- острый цистит
- глаукома
- острый пульмонит
- острая язва желудка

Результаты инструментального метода обследования

У пациента можно предположить диагноз

- острый цистит
- глаукома
- острый пульмонит
- острая язва желудка

Диагноз

Перед выбором тактики лечения необходимо выполнить дополнительные обследования - магнитно-резонансную томографию (МРТ) первичного очага и метастазов в нативном режиме и с контрастным усилением, компьютерную томографию (КТ) спинного мозга с и без контрастирования, а также

- УЗИ лимфатических узлов (над-, подключичных, подмышечных, забрюшинных, тазовых, включая гипогастральные (обтураторные, внутренние подвздошные), наружных подвздошных, общих подвздошных, пахово-бедренных)
- цитологическое исследование СМЖ не более, чем за 14 дней до начала лечения
- электрокардиограмму в 12-ти отведениях
- биохимический анализ крови, клинический анализ крови, клинический анализ мочи

Дальнейшее обследование и лечение пациента должно проводиться в условиях

- стационара в отделении интенсивной терапии
- «дневного стационара»
- амбулаторного наблюдения (на дому)
- стационара

Пациенту необходимо провести

- хирургическое лечение
- лучевую терапию с последующим хирургическим лечением
- системную химиотерапию
- комбинированную химиолучевую терапию

Лучевая терапия для пациентов с диагнозом Рецидив анапластической эпендимомы 4 желудочка проводится в объеме
+_____+ с последующей оценкой ответа после завершения ЛТ и выполнения поддерживающей ХТ

- дистанционной 3D конформной лучевой терапии зоны первичного распространения РОД 1,8 Гр до СОД 54 Гр
- 3D-конформной дистанционной лучевой терапии в режиме классического фракционирования РОД 1.8 Гр локально на область опухоли до СОД 59,4 Гр с параллельной еженедельной ХТ винкристином 1,5 мг/м^2^
- дистанционной 3D конформной лучевой терапии зоны первичного распространения и профилактического облучения регионарных лимфатических узлов РОД 1,8 Гр до СОД 50,4 Гр с параллельной еженедельной ХТ винкристином 3 мг/м^2^
- лучевой терапии в объеме КСО до СОД 24 Гр с последующим локальным облучением области рецидива и первичного поражения до СОД 55 Гр

После выписки из стационара радиологического центра пациенту следует рекомендовать

- химиоэмболизацию сосудов
- хирургическое лечение
- динамическое наблюдение детским онкологом и педиатром ежеквартально с последующей МРТ ЦНС с и без КУ на 4 неделе после окончания лучевой терапии
- послеоперационную ПХТ по протоколу после окончания лучевой терапии

Наиболее вероятным ранним побочным эффектом проводимой лучевой терапии может быть

- непроходимость тонкого кишечника
- развитие некроза мозговой ткани
- параплегия
- нарушение сердечной деятельности

После лечения наблюдение у районного онколога показано с периодичностью 1 раз в
+_____+ и затем ежегодно

- месяц в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет. Далее пациент обследуется каждые 6 месяцев до 5 лет от окончания лечения
- 3 мес. в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет
- 6 мес. в течение 3 лет. Далее пациент обследуется каждые 6 месяцев до 5 лет от окончания лечения
- 3 недели после окончания ЛТ, а затем через 2 мес., далее каждые 3 месяца в течение 2-х лет, далее – 1 раз в 6 месяцев – в течение 5 лет

Регулярное диспансерное наблюдение для данного пациента включает в себя: МРТ ЦНС с контрастным усилением; рентгенографию органов грудной клетки ежеквартально в течение 3 лет; УЗВТ органов брюшной полости и забрюшинного пространства ежеквартально в течение 7 лет; ЭКГ и ЭХО-кардиография ежегодно в течение 5 лет по окончании лечения и

- месяц в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет. Далее пациент обследуется каждые 6 месяцев до 5 лет от окончания лечения
- 3 мес. в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет
- 6 мес. в течение 3 лет. Далее пациент обследуется каждые 6 месяцев до 5 лет от окончания лечения
- 3 недели после окончания ЛТ, а затем через 2 мес., далее каждые 3 месяца в течение 2-х лет, далее – 1 раз в 6 месяцев – в течение 5 лет

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 60 лет обратилась к врачу онкологу.
Жалобы
На образование в области левой щеки.
Анамнез заболевания
Со слов пациентки полгода назад на лице, в области левой щеки, появилась красная чешуйчатая бляшка, которая не заживала и периодически кровоточила.
Анамнез жизни
* хронические заболевания отрицает * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей нет * аллергических реакций не было
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 76 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Лимфатические узлы не пальпируются. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над - и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 17 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на

симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 17 уд в мин. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 78 уд в мин, АД 120/80 мм.рт.ст. * Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Стул регулярный, 1 раз в сутки, оформленный. * Мочеиспускание самостоятельное, безболезненное, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. * Status localis: В области левой щеки, на расстоянии 5-5,5 см от крыла носа, - округлой формы, изъязвленное единичное образование красного цвета 1,7*1,6 см с неровными краями. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются.

Основными методами диагностики при опухолях кожи являются

- месяц в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 3 лет. Далее пациент обследуется каждые 6 месяцев до 5 лет от окончания лечения
- 3 мес. в течение года, затем каждые 6 мес. в течение 2 лет
- 6 мес. в течение 3 лет. Далее пациент обследуется каждые 6 месяцев до 5 лет от окончания лечения
- 3 недели после окончания ЛТ, а затем через 2 мес., далее каждые 3 месяца в течение 2-х лет, далее – 1 раз в 6 месяцев – в течение 5 лет

Результаты обследования

При эксцизионной биопсии подозрительного новообразования кожи приемлемый отступ составляет +_____+ мм

- 5-10
- 10-15
- 1-3
- 0-1

Обязательным методом инструментального обследования при I-II стадии плоскоклеточного рака кожи является

- 5-10
- 10-15
- 1-3
- 0-1

Результаты инструментального метода обследования

Обязательным методом инструментального обследованиея при III - IV стадии плоскоклеточного рака является

- 5-10

- 10-15
- 1-3
- 0-1

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является +_____+ рак кожи +_____+ стадии

- 5-10
- 10-15
- 1-3
- 0-1

Диагноз

Другим рекомендуемым методом лечения при локальных (I-II) стадиях плоскоклеточного рака кожи являются

- лучевая терапия
- фотодинамическая терапия
- системная химиотерапия
- лазерная шлифовка

При размере опухоли кожи менее 2-х см одним из рекомендованных режимов фракционирования является традиционный, в разовой очаговой дозе 2,0 Гр до суммарной очаговой дозы (СОД) +____+ Гр

- 86
- 20
- 30
- 64

При проведении лучевой терапии первичного плоскоклеточного рака и размере опухоли кожи менее 2 см рекомендован отступ от краев опухоли +_____+ см

- 0,5-1
- 4-5,5
- 1-1,5
- 5-6

При проведении послеоперационной (адъювантной) лучевой терапии первичного плоскоклеточного рака кожи в режиме традиционного фракционирования рекомендовано подведение СОД +_____+ Гр

- 46-48
- 60
- 66
- 50

Лучевая терапия не рекомендована, поскольку может ухудшить течение заболевания у пациентов с плоскоклеточным раком кожи и

- телеангиоэктатзиях
- склеродермии
- псориазе
- K-mole синдроме

В течение 5 лет после завершения лечения по поводу плоскоклеточного рака кожи у больных с низким риском прогрессирования рекомендуется соблюдать периодичность наблюдения каждые +___+ месяцев

- 12
- 3
- 10
- 6

При наблюдении за больными с низким риском прогрессирования плоскоклеточного рака кожи стандартное обследование представляет собой

- 12
- 3
- 10
- 6

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 65 лет обратился с жалобами на головные боли, устойчивые к приему НПВС, эпизодическую неустойчивость походки. Обратился в клинику для дообследования.
Жалобы
Головокружение, головные боли.
Анамнез заболевания
В течение месяца отмечает неустойчивость походки, головные боли. Обратился в клинику для проведения дообследования.
Анамнез жизни
Рос и развивался в соответствии с возрастными нормами. Социально-бытовой анамнез не отягощен.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 180 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы физиологической окраски. Кожные покровы физиологической окраски. Влажность умеренная. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка симметричная, обе половины ее одинаково участвуют в дыхании. При перкуссии над всей

поверхностью легких - легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, хрипов нет. ЧД – 15 в минуту. * Гемодинамические показатели стабильные, Область сердца не изменена. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. На сосудах шумы не прослушиваются. ЧСС 70 уд в мин, АД 115/80 мм.рт.ст. * Живот овальный, симметричный, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Стул в норме. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.

К основным методам обследования для постановки диагноза в данном случае относятся

- 12
- 3
- 10
- 6

Результаты обследования

Первым этапом лечения в рамках оказания специализированной помощи в данной ситуации, является

- 12
- 3
- 10
- 6

Результаты обследования

Послеоперационным обследованием, которое необходимо в раннем послеоперационном периоде, является

- биопсия послеоперационной кисты
- МРТ головного мозга с контрастным усилением и без него
- обзорная рентгенография черепа
- динамическое наблюдение в условиях стационара

Послеоперационным исследованием, которое необходимо выполнить для окончательного утверждения диагноза и плана лечения, является

- биопсия послеоперационной кисты
- МРТ головного мозга с контрастным усилением и без него
- обзорная рентгенография черепа
- динамическое наблюдение в условиях стационара

Результаты обследования

Проведение лучевой терапии после хирургического компонента лечения необходимо через +_____+ недель

- 8
- 6
- 9
- 5

Следующим этапом в лечении данного пациента является

- химиолучевое лечение
- химиотерапия в монорежиме
- динамическое наблюдение
- самостоятельная лучевая терапия

В рамках реализации лучевого этапа химиолучевой терапии пациенту показано облучение

- всего объема левого полушария головного мозга
- всего объема головного мозга
- ложа удаленной опухоли с отступом 1-1,5см на клиническое распространение
- ложа удаленной опухоли с отступом 2-2,5 см на клиническое распространение

В рамках реализации лучевого этапа химиолучевой терапии пациенту показано облучение ложа удаленной опухоли с отступом 2-2,5 см на клиническое распространение в РОД +_____+ Гр до СОД +_____+ Гр

- 2,4-2,8; 70-76
- 3; 30
- 1,4-1,6; 50-54
- 1,8-2,2; 24-70

В схему химиотерапевтического сопровождения лучевого лечения должен быть включен препарат +_____+ в течение всего курса лучевой терапии

- цисплатин 20 мг/м^2^ – дни 1–5 + этопозид 80 мг/м^2^ – дни 1–5 каждые 4 недели
- ритуксимаб 375 мг/м^2^, каждые 3 недели
- цисплатин 25 мг/м^2^ – дни 1–4 + этопозид 80 мг/м^2^ – дни 1–4; каждые 21 день
- темозоламид 75 мг/м^2^ за 1,5 часа до сеанса лучевой терапии натощак

На фоне проведения лучевой терапии у пациента появились жалобы на усиление головных болей, тошноту, при осмотре отмечено ухудшение неврологической симптоматики. Препаратами групп, которые необходимо назначить в качестве сопроводительной терапии, являются

- противосудорожные
- кортикостероиды
- НПВС (парацетамол, ибупрофен)
- альфа-адреноблокаторы

После проведения лучевой терапии пациентам с глиобластомой G IV рекомендовано в рамках контроля проводить

- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после окончания курса лучевой терапии
- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после операции во время курса лучевой терапии
- биопсию послеоперационной кисты через 2 месяца после окончания лучевой терапии
- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через 3 месяца и 1 раз каждые полгода в дальнейшем

На контрольном обследовании через 6 месяцев по данным МРТ у пациента отмечаются очаговые изменения в области проведенного облучения. Исследованием, которое целесообразно выполнить для определения природы изменений, является

- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после окончания курса лучевой терапии
- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после операции во время курса лучевой терапии
- биопсию послеоперационной кисты через 2 месяца после окончания лучевой терапии
- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через 3 месяца и 1 раз каждые полгода в дальнейшем

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Девочка 2 лет направлена из РДКБ в Федеральный онкологический центр.
Жалобы
На боли в животе, периодические подъёмы температуры до 37,2°С.
Анамнез заболевания
Впервые боли в животе, периодические подъёмы температуры до 37,2°С появились в июле 2016 г. При УЗИ брюшной полости, выполненной по месту жительства, выявлено образование правой почки, асцит, гидроторакс с 2-х

сторон, больше слева, обнаружен опухолевый тромб в области нижней полой вены. Констатирован диагноз - опухоль забрюшинного пространства справа, нефробластома. С августа 2016г. по 15.09.2016 проведена 6-недельная предоперационная полихимиотерапия по протоколу SIOP 2001. В процессе цитостатической терапии по данным обследования отмечена выраженная положительная динамика со стороны первичной опухоли по данным КТ от 19.09.16 в виде уменьшения объемов опухоли. 03.10.16 в РДКБ проведена операция: лапаротомия, туморнефроадреналэктомия справа. При гистологическом исследовании - нефробластома, фокальная аплазия, локальная стадия 3 (предоперационное поражение опухоли). Затем проведена 2-х недельная полихимиотерапия по протоколу SIOP 2001 ст. 3. Планируется принятие решения о дальнейшей тактике лечения.

Анамнез жизни

Росла и развивалась по возрасту. Социально-бытовые условия удовлетворительные. Аллергоанамнез не отягощен Анамнез жизни (детский) Какой по счету ребенок: 3. От какой беременности: 4. Как протекала беременность: без особенностей. Как протекали роды: в срок 40 недель, без осложнений. Раннее развитие - без патологии.

Объективный статус

* Состояние тяжелое по основному заболеванию. Вес 11 кг, рост 89 см. Температура тела 36,6°С * Телосложение астеническое, пониженного питания * Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. По средней линии живота рубец, размерами до 15 см, послеоперационный, заживление первичным натяжением. * Лимфатические узлы нормальных размеров. * Костно-мышечный аппарат без патологии. * Щитовидная железа не увеличена. Молочные железы не изменены. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 18 в минуту * Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 уд в мин. Ро2 99% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 112 уд в мин, АД 90/62 мм.рт.ст. * Живот правильной формы, в акте дыхания участвует равномерно. При пальпации живот мягкий, безболезненный. При перкуссии - патология не выявлена. Аускультативно - патология не выявлена. Симптомы раздражения брюшины отсутствуют. Грыжевые выпячивания не выявлены. Граница печени при перкуссии в пределах нормы. При пальпации печень безболезненна. Печеночная тупость в нормальных пределах. Селезенка не пальпируется. Стул нормальный.

С целью уточнения поставленного диагноза пациентке необходимо выполнить

- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после окончания курса лучевой терапии

- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после операции во время курса лучевой терапии
- биопсию послеоперационной кисты через 2 месяца после окончания лучевой терапии
- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через 3 месяца и 1 раз каждые полгода в дальнейшем

Результаты обследования

Необходимым инструментальным методом обследования, который наиболее точно позволяет судить о распространенности первичной опухоли, является

- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после окончания курса лучевой терапии
- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после операции во время курса лучевой терапии
- биопсию послеоперационной кисты через 2 месяца после окончания лучевой терапии
- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через 3 месяца и 1 раз каждые полгода в дальнейшем

Результаты инструментального метода обследования

Выбор тактики лечения следует начать с

- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после окончания курса лучевой терапии
- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после операции во время курса лучевой терапии
- биопсию послеоперационной кисты через 2 месяца после окончания лучевой терапии
- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через 3 месяца и 1 раз каждые полгода в дальнейшем

Результаты обследования

Клиническим диагнозом данной больной является

- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после окончания курса лучевой терапии
- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через месяц после операции во время курса лучевой терапии
- биопсию послеоперационной кисты через 2 месяца после окончания лучевой терапии
- МРТ головного мозга в трех стандартных проекциях через 3 месяца и 1 раз каждые полгода в дальнейшем

Диагноз

Пациентке необходимо провести

- два дополнительных курса химиотерапии
- повторное хирургическое лечение
- самостоятельную лучевую терапию
- лучевую терапию совместно с химиотерапией

Дальнейшее обследование и лечение пациентки должно проводиться в условиях

- отделения интенсивной терапии
- дневного стационара
- амбулаторного наблюдения (на дому)
- стационара

Лучевая терапия для пациентов с диагнозом Нефробластома правой почки, фокальная аплазия, III стадия, T3 N0 M0, проводится в объеме 3D-конформной дистанционной лучевой терапии в режиме классического фракционирования на

- правую половину брюшной полости с захватом парааортальных лимфоузлов, сверху от диафрагмы до уровня запирательных отверстий
- зону первичного распространения с отступом 2-2,5 см без регионарных лимфатических узлов
- зону первичного поражения и профилактического облучения регионарных лимфатических узлов
- всю брюшную полость с захватом подвздошных лимфоузлов, сверху от Th12 до чрезвертельной линии

Лучевая терапия для пациентов с диагнозом Нефробластома правой почки, фокальная аплазия, III стадия, T3 N0 M0, проводится в объеме 3D-конформной дистанционной лучевой терапии в режиме классического фракционирования до СОД +_____+ Гр с РОД +___+ Гр

- 50,4 ; 1,8
- 36 ; 2,0
- 28 ; 1,2
- 20; 1,8

После выписки из стационара радиологического центра пациентке следует рекомендовать

- таргетную и иммунотерапию
- химиотерапию по протоколу
- химиоэмболизацию сосудов

- повторное хирургическое лечение

Наиболее вероятным ранним побочным эффектом проводимой лучевой терапии может быть

- развитие энтерита различной степени тяжести
- задержка физиологических отправлений
- формирование тонкокишечного свища
- непроходимость тонкого кишечника

После лечения наблюдение у районного онколога показано с периодичностью 1 раз в +_____+ после окончания лучевой терапии

- 3 месяца
- 2 месяца
- неделю
- 3 недели

Регулярное диспансерное наблюдение для данной пациентки включает в себя: МРТ органов малого таза с контрастным усилением; рентгенографию органов грудной клетки ежеквартально в течение 3 лет; УЗИ органов брюшной полости и забрюшинного пространства ежеквартально в течение 7 лет; ЭКГ и ЭХО-кардиография ежегодно в течение 5 лет по окончании лечения и

- 3 месяца
- 2 месяца
- неделю
- 3 недели

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 62 лет обратилась к врачу- радиотерапевту.
Жалобы
На учащенное мочеиспускание, периодически примесь крови в моче и боль при мочеиспускании.
Анамнез заболевания
Пациентка отмечает, что впервые эпизод гематурии был около 2-х лет назад.
Анамнез жизни
В анамнезе курение – по 4-5 сигарет в сутки на протяжении 32 лет.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Сознание ясное. Поведение адекватное. Вес 67 кг, рост 162 см. Температура тела 36,5^0^C. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Лимфатические узлы доступные пальпации не увеличены. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка

правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 17 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Молочные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 68 уд в мин, АД 115/75 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный. * В клиническом анализе крови Гемоглобин 108 г/л, Лейкоциты 5,80х10^9^/л, Эритроциты3,86х10^12/л, Тромбоциты 278,0х10^9^/л

Основным методом обследования для постановки диагноза является

- 3 месяца
- 2 месяца
- неделю
- 3 недели

Результаты обследования

Основными методами обследования для установки стадии рака мочевого пузыря являются

- 3 месяца
- 2 месяца
- неделю
- 3 недели

Результаты обследования

Наиболее вероятным диагнозом в данной клинической ситуации является

- 3 месяца
- 2 месяца
- неделю
- 3 недели

Диагноз

Пациентке показано +_____+ лечение

- химиолучевое
- химиотерапевтическое
- лучевое
- комбинированное

На первом этапе комбинированного лечения рекомендовано проведение

- химиотерапии
- лучевой терапии
- химиолучевой терапии
- хирургического вмешательства

На втором этапе лечения рекомендовано проведение

- хирургического вмешательства
- химиолучевой терапии
- лучевой терапии
- хирургического лечения

После проведенной химиотерапии пациентка отказывается от выполнения радикальной цистэктомии. Ей разъяснены все возможные последствия отказа от лечения. Вторым вариантом лечения, рекомендованном данной пациентке, является

- химиотерапия
- химиолучевая терапия
- лучевая терапия
- фотодинамическая терапия

В объем облучения должны быть включены мочевой пузырь и

- зоны регионального метастазирования
- уретра и паховые лимфоузлы
- нижняя и средняя треть обоих мочеточников
- дугласово пространство

Суммарная очаговая доза на зоны регионарного метастазирования должна составлять +_____+ Гр

- 44-46
- 54-56
- 30-36
- 60-66

Суммарная очаговая доза при локальном облучении опухоли мочевого пузыря (буст), составляет +_____+ Гр

- 4-6

- 14-16
- 20-22
- 8-10

Первое контрольное обследование после лучевой терапии рекомендовано проводить через +_____+ мес

- 4
- 3
- 6
- 1

При первом контрольном обследовании после проведения лучевой терапии рекомендовано выполнение +_____+ , УЗИ малого таза, брюшной полости, а также биохимический и общий анализы крови в первые 2 года 1 раз в 3 мес, в 3–4-й год 1 раз в 6 мес, затем 1 раз в год

- 4
- 3
- 6
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 60 лет обратилась к врачу-радиотерапевту.
Жалобы
С жалобами на ощущение инородного тела в глотке при глотании, припухлость шеи слева.
Анамнез заболевания
Из анамнеза известно, что пациентка более 5 лет страдает хроническим тонзиллитом. Считает себя больной с июня 2010г., когда впервые обратила внимание на припухлость на шее слева. Тогда же появилась помеха при глотании. К врачу не обращалась. В октябре 2010г. в связи с постепенным ростом образования на шее обратилась к терапевту по месту жительства, который заподозрил злокачественную природу образования. В районной больнице выполнена биопсия лимфатического узла.
Морфологическое заключение: метастаз недифференцированного, наиболее вероятно плоскоклеточного рака без признаков органоспецифичности.
Анамнез жизни
* хронический тонзиллит в течении 5 лет * не курит, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * аллергические реакции отрицает * онкологический анамнез отрицает
Объективный статус
Состояние средней тяжести. Рост 162 см, вес 85 кг. Температура тела 36,7^0^C.

Кожные покровы и видимые слизистые обычной окраски, тургор сохранен. В легких дыхание везикулярное. ЧДД 16 в мин. Верхушечный точек определяется в 5-ом межреберье +2 см левее среднеключичной линии. Аускультативно тоны сердца ясные, ритмичные. ЧДД 14/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 72/мин, АД 120/65 мм рт.ст., d=S, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот не увеличен, равномерно участвует в акте дыхания, симметричный, при пальпации мягкий безболезненный во всех отделах. Печень, селезенка не увеличены. Пальцевое исследование прямой кишки: пальпаторно опухолевые образования не определяются. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Физиологические отправления в норме. При осмотре асимметрии лица нет. Мимические пробы выполняет удовлетворительно. Тризма нет. Акт глотания не нарушен. Речь сохранена. Девиации языка нет. Небные миндалины с двух сторон значительно увеличены, рыхлой консистенции, безболезненные, размером до 5 см. в наибольшем измерении. При обследовании через рот: язык чистый, влажный, явных признаков опухолевого роста в доступных к осмотру полости рта и глотки не отмечено. Шея асимметрична из-за массивной очаговой патологии в подчелюстной и заушной области, верхней, средней и нижней трети слева в виде плотных малоподвижных безболезненных узлов, сливающихся в единый конгломерат. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.

Необходимыми инструментальными методами обследования для определения дальнейшей тактики лечения, является

- 4
- 3
- 6
- 1

Результаты инструментальных методов обследования

Необходимым лабораторным методом обследования является

- 4
- 3
- 6
- 1

Результаты лабораторного метода обследования

Пациентке поставлен диагноз: Рак носоглотки T3N2bM0, гистологически низкодифференцированный неороговевающий плоскоклеточный рак. Предполагаемой тактикой лечения является

- индукционная химиотерапия с последующей последовательной химиолучевой терапией
- химиотерапия с последующим хирургическим лечением

- самостоятельная дистанционная лучевая терапия
- радикальное хирургическое лечение с последующей химиолучевой терапией

При предлучевой подготовке, фиксирующим устройством для иммобилизации пациента, является

- вакуумный матрац и загубник
- индивидуальный подголовник и термосетка
- breastboard и подставки под колени
- компрессионный ремень

При КТ-топометрии интервал сканирования - толщина слоя составляет +_____+ мм

- 1 – 3
- 0,5
- 5
- 4

Верхней и нижней границей сканирования соответственно являются: +_____+ и

- нижний край орбиты; яремная вырезка
- уровень перстневидного хряща; уровень ключицы
- на рамке маски над макушкой; яремная вырезка
- нижний край орбиты; нижний край рукоятки грудины

Данные, полученные при КТ-сканировании органов головы и шеи, передают на

- станцию архивирования
- станцию оконтуривания
- лечебный аппарат
- планирующую станцию

Макроскопический объем опухоли (GTV) в данной клинической ситуации включает весь объем определяемой первичной опухоли и

- регионарных метастазов по краю изображения без учета зоны отека
- параназальные синусы с обеих сторон
- лимфатические узлы глотки с обеих сторон
- регионарные лимфатические узлы на стороне поражения

В клинический объем опухоли (CTV_70Gy) в данной клинической ситуации (в зависимости от точности визуализации GTV с сокращением отступа относительно органов риска) необходимо включить CTV_70Gy - GTV + +_____+ мм

- 1
- 7
- 9
- 3-5

Отступ для планируемого объема опухоли (PTV1,2) в зависимости от точности укладки составляет плюс +_____+ мм для CTV1 и плюс +_____+ мм для CTV2

- 3-5; 3-5
- 6-7; 9-10
- 2; 7
- 10; 7

Разовая очаговая доза (РОД), суммарная очаговая доза (СОД) на первичную опухоль и суммарная очаговая (СОД) регионарные лимфатические узлы соответственно составляет +___+ Гр, +_____+ Гр и +_____+ Гр, соответственно

- 1; 52; 44
- 2,5; 60; 30
- 3; 64; 78
- 2; 70 ; 50

Максимально допустимая доза на глаза в соответствии с параметрами оптимизации Quantec, составляет Dmax +_____+ Гр

- 1; 52; 44
- 2,5; 60; 30
- 3; 64; 78
- 2; 70 ; 50

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 36 лет обратился к врачу-радиотерапевту.
Жалобы
На боли при глотании, образование на шее слева.
Анамнез заболевания
Считает себя больным в течение двух месяцев, когда впервые появились жалобы на боли при глотании, также отмечает образование на шее слева. Получал лечение по месту жительства (антибактериальная терапия) без выраженного клинического эффекта. Осмотрен ЛОР-онкологом: в области левой небной миндалины определяется образование смешанной формы роста с экзофитным компонентом до 2 см. Назначено ФЛС с биопсией образования: определяется подслизистая опухолевая инфильтрация в области левой небной

миндалины с переходом на небную дужку размерами до 2 см. Гистологическое исследование биопсийного материала – умеренно-дифференцированный плоскоклеточный рак. УЗИ лимфоузлов шеи – при исследовании шеи слева в в/трети шеи визуализируется конгломерат, состоящий из нескольких сливающихся между собой узлов, размерами 26х28х20 мм. Патологически измененные л/узлы и дополнительные патологические образования на шее справа не визуализируются. Морфологическое исследование (пунктат л/у шеи слева): метастаз плоскоклеточного умеренно-дифференцированного рака. Диагноз: Злокачественное новообразование ротоглокти T2N2bMx Осмотрен на мультидисциплинарной комиссии в составе ЛОР-хирурга, радиотерапевта, химиотерапевта: рекомендовано дообследование с дальнейшей выработкой тактики лечения.

Анамнез жизни

* хронические заболевания: Язвенная болезнь 12 перстной кишки, вне обострения * курит в течение 20 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет * профессиональных вредностей не имеет * онкологический анамнез отрицает

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Вес 85 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6°С. Кожные покровы сухие, теплые. Зев умеренно гиперемирован, определяется подслизистая опухолевая инфильтрация в области левой небной миндалины с переходом на небную дужку. Периферические лимфоузлы: на шее в верхней трети слева определяются л/узлы плотно-эластической консистенции, размерами до 2,0 см, безболезненные при пальпации, подвижные относительно окружающих тканей. На шее справа определяются л/узлы мягко-эластической консистенции, размерами до 1,5 см, безболезненные при пальпации, подвижные относительно окружающих тканей. Перкуторно границы средостения не расширены, над легкими – ясный легочный звук; аускультативно – дыхание жесткое, проводится во все отделы, выслушиваются единичные сухие хрипы в нижних отделах справа. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 77/мин, АД 120/74 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы.

Необходимыми методами обследования для определения дальнейшей тактики лечения, являются

- 1; 52; 44
- 2,5; 60; 30
- 3; 64; 78
- 2; 70 ; 50

Результаты обследования

Необходимо определение +_____+ в биоптатах опухоли

- 1; 52; 44
- 2,5; 60; 30

- 3; 64; 78
- 2; 70 ; 50

Результаты обследования

В ходе обследования пациенту поставлен диагноз: Умеренно-дифференцированный плоскоклеточный рак ротоглотки T2N2bM0 ВПЧ-ассоциированный III стадии. Предполагаемая тактика лечения представлена

- лимфадэнэктомией на шее слева на первом этапе
- химиотерапией по схеме Гемцитабин + Цисплатин
- индукционной химиотерапией с последующей операцией
- химиолучевой терапией

При предлучевой подготовке фиксирующими устройствами для иммобилизации пациента являются

- breast board
- компрессионный ремень
- индивидуальный вакуумный матрац
- большая термопластическая маска

При топометрии шаг КТ-сканирования составляет +_____+ мм

- 4-5
- 6-8
- 0,2-0,5
- 1-3

Границами сканирования при топометрии данного пациента являются: базовая точка центрации (нулевой скан) –+_____+, выполняется сканирование

- на уровне перстневидного хряща; до тела грудины
- на рамке маски; головы и шеи целиком, до яремной вырезки
- на уровне перстневидного хряща; до бифуркации аорты
- на уровне яремной вырезки; до рукоятки грудины

Данные, полученные при КТ-сканировании органов головы и шеи, передают на

- архивирование
- станцию оконтуривания
- планирующую станцию
- лечебный аппарат

В макроскопический объем опухоли (GTV) в данной клинической ситуации необходимо включить весь объем определяемой первичной опухоли (левая небная миндалина) и

- мягкое небо
- все лимфатические узлы шеи
- регионарные метастазы
- корень языка

В клинический объем высокого риска (CTV1) в данной клинической ситуации необходимо включить GTV и +_____+ мм от первичной опухоли и регионарных метастазов

- 20-25
- 2-3
- 5-10
- 30

При дозиметрическом планировании отступ для планируемого объема опухоли (PTV) следует выбрать с учетом используемых фиксирующих устройств, составляющий +____+ см во все стороны от границ CTV

- 2
- 0,5
- 1
- 1,5

Разовая очаговая доза (РОД), суммарная очаговая доза (СОД) на первичную опухоль и регионарные лимфатические узлы при традиционном фракционировании составляют РОД +_____+ Гр; СОД на первичную опухоль и mts измененные л/у +_____+ Гр; СОД на регионарные лимфоузлы +_____+ Гр соответственно

- 2; 80; 40
- 5; 78; 52
- 2; 70; 50
- 3; 66; 20

Максимально допустимая доза на ротовую полость в соответствии с параметрами оптимизации Quantec, составляет Dmean +_____+ Гр

- 2; 80; 40
- 5; 78; 52
- 2; 70; 50
- 3; 66; 20

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина, 37 лет. Год назад самостоятельно обнаружила уплотнение в правой молочной железе. К онкологу не обращалась. При осмотре в рамках диспансеризации при маммографии выявлена опухоль правой молочной железы.
Жалобы
На образование в правой молочной железе.
Анамнез заболевания
Два месяца назад обнаружила самостоятельно уплотнение в правой молочной железе. Обратилась в поликлинику по месту жительства. Направлена на обследование к онкологу.
Анамнез жизни
Росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. Не курит. Двое детей - 12 и 4 лет.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 60 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы физиологической окраски. * При пальпации в правой молочной железе определяется безболезненное уплотнение в верхне-наружном квадранте. В правой подмышечной области пальпируется единичный смещаемый лимфоузел. Надключичные лимфоузлы не изменены. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над - и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции легких определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 16 уд в мин. Ро2 98% * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 68 уд в мин, АД 120/85 мм.рт.ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.
К основным методам обследования для постановки диагноза относятся

- 2; 80; 40
- 5; 78; 52
- 2; 70; 50
- 3; 66; 20

Результаты обследования

Для уточнения распространенности процесса требуется проведение

- 2; 80; 40
- 5; 78; 52
- 2; 70; 50
- 3; 66; 20

Результаты обследования

На основании результатов обследования возможно установить диагноз

- 2; 80; 40
- 5; 78; 52
- 2; 70; 50
- 3; 66; 20

Диагноз

Пациентке на первом этапе показано +_____+ лечение

- 2; 80; 40
- 5; 78; 52
- 2; 70; 50
- 3; 66; 20

Дополнительная информация

В данном клиническом случае лучевое лечение должно быть проведено

- одновременно с химиотерапией
- через 2-3 недели после операции
- через 4-12 недель после операции
- сразу после операции

Предпочтительной техникой проведения лучевой терапии при раке молочной железы является дистанционная +_____+ терапия

- протонная
- 3D-конформная
- электроно-
- гамма

Оптимальным объемом облучения в данном случае является облучение остаточной ткани правой молочной железы, шейно-надключичной и подмышечной зон лимфооттока и

- второй молочной железы
- дополнительный буст на ложе опухоли
- шейно-надключичной зоны лимфооттока слева
- контрлатеральной подмышечной зоны лимфооттока

Оптимальная суммарная очаговая доза для послеоперационного курса дистанционной лучевой терапии в традиционном режиме составляет +_____+ Гр

- 30
- 60
- 50
- 20

Суммарная очаговая доза «буста» составляет +_____+ Гр за +____+ фракций

- 10-16 ; 4-8
- 30 ; 15
- 25 ; 11
- 20 ; 10

На этапе диспансерного наблюдения пациентке показано проведение маммографии

- левой молочной железы - ежегодно
- правой молочной железы дважды в год
- обеих молочных желез - ежегодно
- обеих молочных желез дважды в год

На этапе реабилитации пациентке рекомендуется

- общий массаж
- магнитотерапия
- лечебная физкультура
- электрофорез на область рубца

Динамическое наблюдение за пациентками после проведения комплексного/комбинированного лечения по поводу рака молочной железы проводится с периодичностью

- общий массаж
- магнитотерапия
- лечебная физкультура
- электрофорез на область рубца

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 69 лет обратился к онкологу для консультации.

Жалобы
На осиплость голоса, периодически сухой кашель.
Анамнез заболевания
В течение последних 3 лет отмечает периодический сухой кашель, около 3 недель назад появилась осиплость голоса. Обратился к оториноларингологу по месту жительства, в течение 2 недель проводилась противовоспалительная терапия без эффекта. При непрямой ларингоскопии заподозрен рак гортани. Направлен к онкологу для обследования и определения тактики лечения.
Анамнез жизни
- Сопутствующая патология: Артериальная гипертензия 2 ст. - Перенесенные операции: нет. - Перенесенные травмы: не отмечает. - Наследственность не отягощена. - Аллергии на лекарственные препараты, пищевые продукты, аэрозоли отрицает. - Профессиональные вредности не отмечены. - Курит с возраста 18лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Наркотики не употребляет. - Психических отклонений нет.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 175 см. ИМТ 23,5. Температура тела 36,6^0^C. Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях не увеличены, симметричные, подвижные, мягкоэластической консистенции, безболезненные. На шее справа в области средней трети пальпируется лимфоузел размером 1,0х1,5см, плотноэластической консистенции, с четкими контурами, смещаемый, безболезненный при пальпации, кожа над ним не изменена. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД 18 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 68 уд в мин, АД 130/80 мм рт. ст. Щитовидная железа не увеличена. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.
Основным методом инструментального обследования для постановки диагноза является

- общий массаж
- магнитотерапия
- лечебная физкультура
- электрофорез на область рубца

Результаты инструментального метода обследования

При подозрении на метастазы в лимфоузлы шеи рекомендуется выполнить

- общий массаж
- магнитотерапия
- лечебная физкультура
- электрофорез на область рубца

Результаты обследования

По данным обследования у пациента поражение +_____+ отдела гортани

- надгортанного
- складочного
- подскладочного
- надскладочного

По данным обследования у пациента рак надскладочного отдела гортани стадии по TNM

- надгортанного
- складочного
- подскладочного
- надскладочного

Диагноз

Установленный диагноз соответствует +___+ стадии рака гортани

- {nbsp}III
- {nbsp}IVA
- {nbsp}II
- {nbsp}IVB

У пациента рак надскладочного отдела гортани III стадии, от хирургического лечения пациент категорически отказался. В данной клинической ситуации возможно проведение

- химиоэмболизации опухоли
- индукционной химиотерапии
- лазерной абляции
- внутритканевой лучевой терапии

После 3 курсов индукционной химиотерапии по данным фиброларингоскопии отмечена положительная динамика в виде резорбции опухоли на 60%. Следующим этапом рекомендована (-но)

- внутритканевая лучевая терапия
- химиоэмболизация опухоли
- конкурентная химиолучевая терапия
- динамическое наблюдение
- лучевая терапия
- лазерная абляции

При проведении одновременной (конкурентной) химиолучевой терапии наиболее предпочтительно применение препарата

- тамоксифен
- цисплатин
- паклитаксел
- темозоломид

СОД на первичный очаг и клинически определяемые регионарные метастазы должна составлять +__+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 64
- 70
- 76
- 60

СОД на клинически неизмененные лимфоузлы должна составлять +__+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 44
- 40
- 50
- 36

При наличии остаточной опухоли и/или метастатических лимфоузлов после окончания конкурентного химиолучевого лечения рекомендовано

- динамическое наблюдение
- продолжение лучевой терапии
- проведение поддерживающей химиотерапии
- хирургическое лечение

Максимально допустимая доза (d max) на спинной мозг при планировании программы лучевой терапии рака гортани должна быть меньше или равна +__+ Гр

- динамическое наблюдение
- продолжение лучевой терапии
- проведение поддерживающей химиотерапии
- хирургическое лечение

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 49 лет обратился к онкологу для консультации.

Жалобы
На умеренную слабость, утомляемость, отсутствие голоса, наличие трахеостомы.
Анамнез заболевания
Около 2 лет назад стала беспокоить умеренная боль в горле при глотании, 5 месяцев назад боль стала нарастать. Обратился в поликлинику по месту жительства, где было выполнено обследование. При фиброларингоскопии была выявлена опухоль в правом грушевидном синусе, голосовые связки ассиметричные, правая при пробе с фонацией - ригидна. Гистологическое исследование биоптата опухоли: плоскоклеточный низкодифференцированный рак. При МРТ: мягкотканное образование в правом грушевидном синусе максимальным размером 37мм, накапливающее контрастное вещество и распространяющееся ниже верхнего края правой половины щитовидного хряща (с его инвазией) и в окологлоточное пространство. Голосовые связки ассиметричны, правая утолщена. Визуализируются увеличенные лимфоузлы в области правого каротидного синуса, неоднородной структуры за счет участков некроза и обызвествления. На первом этапе проведено 3 курса неоадьювантной химиотерапии (цисплатин+5-фторурацил) с незначительной субъективной положительной динамикой. На втором этапе проведено хирургическое лечение в объеме ларингэктомии с лимфаденэктомией. Гистологическое заключение: Препарат с гортанью, правой долей щитовидной железы с частью перешейка, телом подъязычной кости и прилежащими мягкими тканями. На слизистой оболочке гортаноглотки справа с распространением на правую черпалонадгортанную связку инфильтративно-язвенная опухоль 2,5х2см с краями в 5см от орального, 1см от наружного, в 0,5см от каудального края резекции. На разрезе опухоль с нечеткими границами представлена плотной белесоватой тканью на участке примерно 3х2,5см с глубиной инвазии не менее 1см. Опухоль врастает в мягкие ткани кпереди от щитовидного хряща, врастания в щитовидную железу не отмечено. Представлено 16 лимфатических узлов, из которых 4 с признаками метастатического поражения: метастазы до 1,8см с признаками экстракапсулярной инвазии в перинодальную клетчатку. Направлен к онкологу для определения тактики дальнейшего лечения.
Анамнез жизни
- Сопутствующая патология: Артериальная гипертензия 2 ст. - Перенесенные операции: по поводу основного заболевания. - Перенесенные травмы: не отмечает. - Наследственность не отягощена. - Аллергии на лекарственные препараты, пищевые продукты, аэрозоли отрицает. - Профессиональные вредности не отмечены. - Курит с возраста 18 лет по 1 пачке сигарет в день. Алкоголем не злоупотребляет. Наркотики не употребляет. - Психических отклонений нет.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 175 см. ИМТ 23,5. Температура тела 36,6^0^C. Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Периферические лимфоузлы в подмышечных, паховых областях не увеличены, симметричные, подвижные, мягкоэластической консистенции, безболезненные. Послеоперационный рубец по краю правой нижней челюсти без признаков

несостоятельности. Послеоперационный рубец в правой надключичной области без патологических изменений. Дыхание через трахеостому. Кожа вокруг трахеостомы не гиперемирована, не мацерирована. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД 18 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 125/80 мм рт. ст. Щитовидная железа не увеличена. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей.

Основным методом инструментального обследования для постановки диагноза является

- динамическое наблюдение
- продолжение лучевой терапии
- проведение поддерживающей химиотерапии
- хирургическое лечение

Результаты обследования

При подозрении на метастазы в лимфоузлы шеи рекомендуется выполнить

- динамическое наблюдение
- продолжение лучевой терапии
- проведение поддерживающей химиотерапии
- хирургическое лечение

Результаты обследования

По данным обследования у пациента поражение +_____+ отдела гортани

- надгортанного
- надскладочного
- подскладочного
- складочного

По данным обследования у пациента рак надскладочного отдела гортани стадии по TNM

- надгортанного
- надскладочного
- подскладочного
- складочного

Диагноз

Установленный диагноз соответствует +___+ стадии рака гортани

- {nbsp}IVB
- {nbsp}IVA
- {nbsp}III
- {nbsp}II

Чистый край резекции определяется как расстояние от инвазивного края опухоли до края резекции больше или равный +____+ (в мм)

- 5
- 3
- 2
- 1

В данной клинической ситуации, учитывая наличие экстракапсулярной инвазии, пациенту показано проведение

- химиоэмболизации опухоли
- внутритканевой лучевой терапии
- химиолучевого лечения
- лазерной абляции

Интервал между оперативным вмешательством и сроком начала послеоперационной лучевой терапии не должен превышать +____+ (в неделях)

- 6
- 12
- 8
- 10

При проведении послеоперационной лучевой терапии в данной клинической ситуации СОД на ложе первичной опухоли и клинически определяемых регионарных метастазов должна составлять +_____+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 60-66
- 44-46
- 70-72
- 50-54

При проведении послеоперационной лучевой терапии СОД на клинически неизмененные лимфоузлы должна составлять +__+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 50
- 36
- 44

- 40

При проведении одновременной (конкурентной) химиолучевой терапии наиболее предпочтительно применение препарата

- цисплатин
- темозоломид
- тамоксифен
- паклитаксел

Максимально допустимая доза (d max) на трахею при планировании программы лучевой терапии рака гортани должна быть меньше или равна +__+ Гр

- цисплатин
- темозоломид
- тамоксифен
- паклитаксел

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 63 лет обратился к онкологу для консультации.
Жалобы
На недержание мочи.
Анамнез заболевания
В течение последних 2 лет беспокоило мочеиспускание вялой струей, к врачам не обращался. Год назад при диспансерном обследовании впервые выявлено повышение ПСА крови до 7,9 нг/мл. Выполнена трансректальная биопсия предстательной железы. При гистологическом исследовании: ацинарная аденокарцинома. ИГХ: аденокарцинома, Глисон 4{plus}3=7. Месяц назад пациенту выполнена лапароскопическая простатэктомия. При гистологическом исследовании: Аденокарцинома предстательной железы, сумма Глисона 7(4{plus}3). Опухоль прорастает анатомическую капсулу предстательной железы и врастает в парапростатическую жировую клетчатку. Не обнаружено врастания опухоли в семенные пузырьки. В крае резекции рост аденокарциномы предстательной железы. В течение последнего месяца проводится андрогендепривационная терапия. Направлен к радиотерапевту для дообследования и определения тактики лечения.
Анамнез жизни
- Сопутствующая патология: Артериальная гипертензия 2 ст. Сахарный диабет, инсулинопотребный. Язвенная болезнь 12-ти перстной кишки, стойкая ремиссия. - Перенесенные операции: тонзилэктомия в детском возрасте. - Перенесенные травмы: перелом ключицы, предплечья, лодыжки справа в подростковом возрасте. - Наследственность не отягощена. - Аллергии на лекарственные препараты, пищевые продукты, аэрозоли отрицает. -

Профессиональные вредности не отмечены. - Курит в течение 35 лет по 15 сигарет в день. Алкоголь не употребляет. Наркотики не употребляет. - Психических отклонений нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 80 кг, рост 172 см. ИМТ 27. Температура тела 36,6^0^C. Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД 16 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 125/80 мм рт. ст. Костно-мышечный аппарат без патологии.Щитовидная железа не увеличена.Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Мочеиспускание: недержание мочи. Моча светлая, без примесей. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Per rectum: перианальная область не изменена. Ампула прямой кишки пустая. Простата не определяется (хирургически удалена). Парапростатическая клетчатка не уплотнена. На высоте указательного пальца патологических образований нет.

Пациентам с установленным диагнозом рак предстательной железы для оценки распространенности первичной опухоли рекомендовано выполнить

- цисплатин
- темозоломид
- тамоксифен
- паклитаксел

Результаты обследования

Основным методом выявления костных метастазов у пациентов со злокачественным новообразованием предстательной железы является

- цисплатин
- темозоломид
- тамоксифен
- паклитаксел

Результаты обследования

Основным методом лабораторной диагностики при раке предстательной железы является определение

- цисплатин
- темозоломид
- тамоксифен
- паклитаксел

Результаты лабораторного метода обследования

По данным обследования у пациента рак предстательной железы стадии по TNM

- цисплатин
- темозоломид
- тамоксифен
- паклитаксел

Диагноз

Учитывая данные обследования, пациент относится к группе +_____+ риска развития рецидива

- очень высокого
- высокого
- промежуточного
- низкого

Учитывая результат гистологического исследования, пациенту показано проведение

- низкодозной брахитерапии
- системной химиотерапии
- высокодозной брахитерапии
- адъювантной лучевой терапии

Учитывая высокий риск развития рецидива и прогрессирования, при проведении адъювантной лучевой терапии в объем облучения следует включать ложе предстательной железы и

- паховые лимфатические узлы
- мочевой пузырь
- тазовые регионарные лимфоузлы
- парааортальную область

При проведении конвенциональной ДЛТ СОД на область таза составляет +____+ Гр

- 36
- 45-50
- 60-64
- 54

В данной клинической ситуации, учитывая наличие местнораспространенного рака предстательной железы, лучевую терапию необходимо комбинировать с

- системной химиотерапией
- таргетной терапией
- хирургической кастрацией
- гормонотерапией

В данной клинической ситуации длительность проведения гормональной терапии составляет +_____+ месяцев

- 12-16
- 8-10
- 24-36
- 3-6

При проведении адъювантной дистанционной лучевой терапии сод на зону ложа предстательной железы составляет +_____+ Гр

- 40-44
- 72-74
- 76-80
- 64-68

В соответствии с критериями _ASTRO_ (американское общество радиологической онкологии) рецидивом рака предстательной железы после проведённой лучевой терапии, принято считать

- 40-44
- 72-74
- 76-80
- 64-68

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 73 лет обратился к онкологу для консультации.
Жалобы
На затрудненное и учащенное мочеиспускание, ночью встает в туалет до 3-4 раз.
Анамнез заболевания
По поводу затрудненного и учащенного мочеиспускания обратился в поликлинику по месту жительства. При обследовании выявлено повышение уровня ПСА до 18,2 нг/мл. Выполнена трансректальная биопсия предстательной железы. Гистологическое заключение: ацинарная аденокарцинома предстательной железы, индекс Глисона 4+4=8, с поражением обеих долей, периневральной инвазией, занимающей 10% присланного материала. Направлен к онкологу для определения тактики лечения

Анамнез жизни
- Сопутствующая патология: Артериальная гипертензия 2 ст. Двусторонний коксартроз. Дивертикулез сигмовидной кишки. - Перенесенные операции: тонзилэктомия в детском возрасте. - Перенесенные травмы: не отмечает. - Наследственность не отягощена. - Аллергии на лекарственные препараты, пищевые продукты, аэрозоли отрицает. - Профессиональные вредности не отмечены. - Не курит. Алкоголь не употребляет. Наркотики не употребляет. - Психических отклонений нет.

Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 178 см. ИМТ 22,7. Температура тела 36,6^0^C. Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД 16 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 140/85 мм рт. ст. Щитовидная железа не увеличена.Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Мочеиспускание: недержание мочи. Моча светлая, без примесей. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Per rectum: перианальная область не изменена. Ампула прямой кишки пустая. Предстательная железа увеличена, плотноэластической консистенции, смещаема. Срединная борозда сглажена. Парапростатическая клетчатка не уплотнена. На высоте указательного пальца патологических образований нет.

При первичном обращении необходимо выполнить

- 40-44
- 72-74
- 76-80
- 64-68

Результаты обследования

Основным методом выявления костных метастазов у пациентов со злокачественным новообразованием предстательной железы является

- 40-44
- 72-74
- 76-80
- 64-68

Результаты обследования

Пациентам с установленным диагнозом рак предстательной железы для оценки распространенности первичной опухоли рекомендовано выполнить

- 40-44
- 72-74

- 76-80
- 64-68

Результаты обследования

По данным обследования у пациента рак предстательной железы стадии по TNM

- 40-44
- 72-74
- 76-80
- 64-68

Диагноз

Учитывая данные обследования, пациент относится к группе +_____+ риска развития рецидива

- промежуточного
- низкого
- очень высокого
- высокого

С учетом данных полного обследования (выявлена стадия t3bn0m0), основным методом радикального лечения данного пациента является

- хирургическое лечение
- самостоятельная высокомощностная брахитерапия Ir-192
- сочетанный курс радикальной лучевой терапии (дистанционная лучевая терапия и брахитерапия)
- радикальный курс дистанционной лучевой терапии

При проведении конвенциональной применяют РОД +_____+ Гр

- 3,2
- 1,8-2,0
- 2,8-3,0
- 3,1

При проведении конвенциональной дистанционной лучевой терапии сод на область таза составляет +_____+ Гр

- 54
- 60-64
- 36
- 45-50

При проведении конформной лучевой терапии СОД на предстательную железу и семенные пузырьки в данной клинической ситуации составляет +_____+ Гр

- 74-81
- 58-60
- 54-56
- 66-70

В данной клинической ситуации, учитывая наличие местнораспространенного рака предстательной железы, лучевую терапию необходимо комбинировать с

- гормонотерапией
- системной химиотерапией
- хирургической кастрацией
- таргетной терапией

В данной клинической ситуации длительность проведения гормональной терапии составляет (в месяцах)

- 8-10
- 4-6
- 24-36
- 14-16

В соответствии с критериями _ASTRO_ (американское общество радиологической онкологии) рецидивом рака предстательной железы после проведённой лучевой терапии, принято считать

- 8-10
- 4-6
- 24-36
- 14-16

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 69 лет обратился к онкологу для консультации.
Жалобы
На затрудненное и учащенное мочеиспускание, ночью встает в туалет до 3-4 раз.
Анамнез заболевания
В течение последних 5 лет наблюдался у уролога по поводу доброкачественной гиперплазии предстательной железы. При очередном обследовании впервые выявлено повышение уровня ПСА до 14,6 нг/мл. Выполнена трансректальная

биопсия предстательной железы. Гистологическое заключение: аденокарцинома предстательной железы, индекс Глисона 4{plus}3=7. При урофлоуметрии выявлен обструктивный тип мочеиспускания. Направлен к онкологу для определения тактики лечения

Анамнез жизни

- Сопутствующая патология: Артериальная гипертензия 2 ст. Ожирение 3 ст. - Перенесенные операции: аппендэктомия в детском возрасте. - Перенесенные травмы: не отмечает. - Наследственность не отягощена. - Аллергии на лекарственные препараты, пищевые продукты, аэрозоли отрицает. - Профессиональные вредности не отмечены. - Не курит. Алкоголь не употребляет. Наркотики не употребляет. - Психических отклонений нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 112 кг, рост 166 см. ИМТ 40,6. Температура тела 36,6^0^C. Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД 18 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 68 уд в мин, АД 140/85 мм рт. ст. Щитовидная железа не увеличена.Живот увеличен в объеме за счет подкожной жировой клетчатки, правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Мочеиспускание учащенное, умеренно затрудненное. Моча светлая, без примесей. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Per rectum: перианальная область не изменена. Ампула прямой кишки пустая. Предстательная железа плотноэластической консистенции, смещаема, безболезненная, сохранена междолевая бороздка, на 11-3 часах условного циферблата пальпируется уплотнение размером около 1,5см. Парапростатическая клетчатка не уплотнена. На высоте указательного пальца патологических образований нет.

При первичном обращении необходимо выполнить

- 8-10
- 4-6
- 24-36
- 14-16

Результаты обследования

Основным методом выявления костных метастазов у пациентов со злокачественным новообразованием предстательной железы является

- 8-10
- 4-6
- 24-36
- 14-16

Результаты обследования

Пациентам с установленным диагнозом рак предстательной железы для оценки распространенности первичной опухоли рекомендовано выполнить +_____+ предстательной железы

- 8-10
- 4-6
- 24-36
- 14-16

Результаты обследования

По данным обследования у пациента рак предстательной железы стадии по TNM

- 8-10
- 4-6
- 24-36
- 14-16

Диагноз

Учитывая данные обследования, пациент относится к группе +_____+ риска развития рецидива

- промежуточного
- очень высокого
- низкого
- высокого

С учетом данных полного обследования (выявлена стадия t2cn0m0, обструктивный тип мочеиспускания), основным методом радикального лечения данного пациента при отказе от хирургического лечения является

- радикальный курс дистанционной лучевой терапии
- самостоятельная высокомощностная брахитерапия Ir-192
- сочетанный курс радикальной лучевой терапии (дистанционная лучевая терапия и брахитерапия)
- самостоятельная гормонотерапия

При проведении конвенциональной дистанционной лучевой терапии применяют РОД +___+ Гр

- 2,8-3,0
- 1,8-2,0
- 3,2
- 3,1

При проведении конвенциональной дистанционной лучевой терапии СОД на область таза составляет +_____+ Гр

- 60-64
- 54
- 36
- 45-50

При проведении конформной лучевой терапии СОД на предстательную железу и семенные пузырьки в данной клинической ситуации составляет +_____+ Гр

- 54-56
- 66-70
- 58-60
- 74-78

В данной клинической ситуации, учитывая наличие местнораспространенного рака предстательной железы, лучевую терапию необходимо комбинировать с

- таргетной терапией
- хирургической кастрацией
- гормонотерапией
- системной химиотерапией

В данной клинической ситуации длительность проведения гормональной терапии составляет +___+ месяцев

- 24-26
- 14-16
- 34-36
- 4-6

В соответствии с критериями _ASTRO_ (американское общество радиологической онкологии) рецидивом рака предстательной железы после проведённой лучевой терапии, принято считать

- 24-26
- 14-16
- 34-36
- 4-6

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 30 лет обратился к врачу-радиотерапевту.
Жалобы
Жалоб не предъявляет.
Анамнез заболевания
Заболевание началось с увеличения правого яичка, которое пациент обнаружил самостоятельно. Была выполнена орхифуникулэктомия. По данным иммуногистохимического исследования – диффузная В-клеточная крупноклеточная лимфома. По данным ПЭТ/КТ всего тела с ^18^F-ФДГ – данных за лимфопролиферативное заболевание не получено. Пациент в качестве первичного лечения получил ПХТ по схеме R-CVP. Пациент направлен к врачу-радиотерапевту. + Диагноз: С83.3 Неходжкинская лимфома, В-крупноклеточная, IEA стадия.
Анамнез жизни
* Хронические заболевания отрицает * Аллергических реакций на продукты питания и лекарственные препараты не отмечает * Наследственность не отягощена * Курит, алкоголем не злоупотребляет * Профессиональных вредностей не имеет * Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатиты отрицает
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тоны сердца ритмичные. Дыхание жёсткое, проводится во все отделы. Хрипов нет. Печень и селезенка не увеличены. Левое яичко – не увеличено.
Дальнейшая тактика ведения данного пациента I EA стадии заключается в

- проведении дистанционной лучевой терапии
- наблюдении
- поддерживающей иммунотерапии
- продолжении химиотерапии

Оптимальным сроком начала курса дистанционной лучевой терапии в данном случае считают срок через +____+ недель (-ли) после химиотерапии

- 6-8
- 2-4
- 8-10
- 4-6

При облучении пациента лимфомой яичка I EA стадии наиболее предпочтительна

- лучевая терапия электронным излучением
- контактная лучевая терапия
- близкофокусная рентгенотерапия
- сочетанная лучевая терапия

В данной клинической ситуации наиболее предпочтительно использование энергии электронного излучения +____+ МэВ

- 6-10
- 4-6
- 10-12
- 15-18

При проведения предлучевой подготовки образований яичка пациент лежит на процедурном столе на

- спине, руки над головой
- животе, руки вдоль туловища
- спине, руки вдоль туловища
- подставке _S-board_

Шаг КТ-сканирования при проведении предлучевой подготовки при облучении яичка составляет +__+ мм

- 4-6
- 5
- 3-4
- 8

В клинический объем опухоли (CTV) у пациента IEA стадии ситуации необходимо включить

- пораженное яичко
- только паховые лимфатические узлы
- всю мошонку
- крестец

Предпочтительным режимом фракционирования лучевой терапии в данной клинической ситуации является

- 2-3 Гр ежедневно 5 раз в неделю
- 1,5-2 Гр ежедневно 5 раз в неделю
- 3-4 Гр через день 2 недели
- 4-5 Гр один раз в неделю

Суммарную очаговую дозу в данном случае доводят до +____+ Гр

- 20 - 22
- 33-36
- 15-20
- 25-30

Кратковременную азооспермию при облучении яичка вызывает доза +__+ Гр

- 2
- 25
- 5
- 20

Стерилизацию при облучении яичка вызывает доза +___+ Гр

- 30
- 40
- 20
- 50

Контрольное ПЭТ/КТ-исследование с целью оценки ответа на лучевую терапию следует проводить в сроки через +__+ мес. после лучевого лечения

- 30
- 40
- 20
- 50

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 26 лет обратился к врачу-радиотерапевту.
Жалобы
Жалобы на умеренные головные боли гипертензионного характера, слабость в правых конечностях.
Анамнез заболевания
Из анамнеза известно, что головные боли беспокоят в течение 2 месяцев. Последние 2 недели стал отмечать нарастание онемения и неловкости в правой руке и ноге, снижение зрения. Обратился к неврологу по месту жительства. При осмотре: в сознании, контактен, адекватен, правильно ориентирован в пространстве времени и собственной личности. Беспокоит головная боль. Менингеальных симптомов нет, правосторонний гемипарез со снижением силы в руке и ноге до 4-4,5 баллов, снижение поверхностной и глубокой чувствительности по гемитипу справа. На глазном дне слева первичная атрофия диска зрительного нерва. На МРТ в левом полушарии головного мозга определяется округлой формы образование размерами 2×3×4 см с гетерогенной структурой и нечеткими краями. После введения контрастного вещества отмечается его интенсивное и не равномерное накопление контрастного вещества по периферии. Был экстренно госпитализирован в нейрохирургический стационар, выполнена костно-пластическая трепанация черепа, субтотальное удаление опухоли. Гистологическое заключение –

Глиобластома МКБ-О 9441/3. Выполнено молекулярно-генетическое исследование: метилирование гена MGMT определяется. Послеоперационный период протекал без особенностей, на десятые сутки после операции выписан на амбулаторное лечение. Индекс Карновского 90.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания отрицает * Аллергических реакций на продукты питания и лекарственные препараты не отмечает * Наследственность: отец здоров, мать здорова * Не курит, алкоголем не злоупотребляет * Профессиональных вредностей не имеет * Эпидемиологический анамнез: туберкулез, гепатиты отрицает

Объективный статус

По МРТ головного мозга – состояние после субтотального удаления опухоли левой гемисферы головного мозга.

Вторым этапом комбинированного лечения данного пациента в адъювантном режиме является

- дистанционная химиолучевая терапия
- поддерживающая иммунотерапия
- адъювантная лучевая терапия
- адъювантная полихимиотерапия

Оптимальным сроком начала адъювантного курса дистанционной лучевой терапии считают срок через +_____+ недель (-и) после операции

- 4-18
- 3-4
- 18-20
- 12-14

Наиболее часто используемый вид дистанционной лучевой терапии при облучении больного со злокачественной опухолью головного мозга - это

- брахитерапия
- дистанционная рентген-терапия
- фотонная терапия
- дистанционная терапия электронами

При проведении дистанционной лучевой терапии используют

- вакуумный матрац
- подставку под ноги
- подставку _breast board_
- подставку для головной маски

Шаг сканирования при проведении КТ предлучевой подготовки составляет +___+ мм

- 1-2
- 5-6
- 7-8
- 3-4

В макроскопический объем опухоли (GTV) в данной клинической ситуации необходимо включить

- видимую область измененной мозговой ткани полученную при предлучевой подготовке.
- только область накопившую РФП при ПЭТ/КТ
- только область накопившую контраст при МРТ исследование
- всю видимую опухоль и зону перифокального отека

Клинический объем опухоли (CTV) составляет GTV{plus} +___+ см

- 0,5
- 1-2
- 3 - 6
- 3-4

Традиционным режимом фракционирования лучевой терапии у больных получающих одновременное химиолучевое лечение является +__+ Гр ежедневно 5 раз в неделю

- 2,67
- 5
- 3
- 2

Суммарно очаговая доза CTV в данном случае доходит до +____+ Гр

- 70
- 52-54
- 58-60
- 64

Критическими органами при облучении опухолей головного мозга считают

- сердце, спинной мозг, пищевод, печень
- левое легкое, сердце, спинной мозг, правая почка
- хрусталики, ствол головного мозга, хиазму, зрительные нервы.
- спинной мозг, пищевод, гортань, сердце

Допустимые средние дозы ионизирующего излучения на ствол головного мозга при лечении укрупненными фракциями (РОД 2 Гр) составляют менее +___+ Гр

- 56
- 58
- 60
- 54

Допустимые средние дозы на хрусталики при конвенциональной лучевой терапии (РОД 2 Гр) составляют менее +__+ Гр

- 56
- 58
- 60
- 54

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 56 лет обратился к врачу-радиотерапевту.
Жалобы
Дискомфорт при глотании твердой и полужидкой пищи.
Анамнез заболевания
Болен в течение года, когда впервые появился дискомфорт первоначально при глотании твердой, а впоследствии полужидкой пищи. Обследован по месту жительства, по данным ЭФГДС – в верхней трети пищевод свободно проходим, с 25 см от резцов до 30 см отмечается циркулярное новообразование, распространяющееся преимущественно по задней стенке, с неровными контурами. Выполнена биопсия образования, гистологическое исследование – умереннодифференцированный плоскоклеточный рак. По данным МСКТ органов грудной клетки – образование грудного отдела пищевода с инвазией вадвентициюразмером 46х23 мм, без прорастания в опухолевую клетчатку.Определяются увеличенные паратрахеальные лимфатические узлы справа (8,0х5,0 мм и 5,7х6,6 мм). По данным эндо-УЗИ – опухолевое поражение стенки пищевода (до адвентиции). Установлен диагноз: Рак средне-грудного отдела пищевода.
Анамнез жизни
* Хронические заболевания: ХОБЛ, вне обострения; * курит в течение 40 лет по 1 пачке сигарет в день, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * онкологический анамнез отрицает.
Объективный статус
Общее состояние удовлетворительное. Вес 69 кг, рост 168 см. Температура тела 36,6°С. Кожные покровы сухие, теплые. Зев умеренно гиперемирован, миндалины не увеличены. + Периферические лимфатические узлы: затылочные, шейные, надключичные, подключичные - не увеличены. Перкуторно границы средостения не расширены, над легкими ясный легочный звук; аускультативно – дыхание жесткое, проводится во все отделы, выслушиваются единичные сухие хрипы в нижних отделах справа. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные,

ритмичные, ЧСС 79/мин, АД 114/77 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы. + Дисфагия I-II ст.

Согласно международной классификации стадирование по системе TNM в данном случае соответствует

- T1N1M0
- T2N0M0
- T3N1M0
- T4N0M0

Первичное лечение данного пациента заключается в

- одновременной химиолучевой терапии
- симптоматической терапии
- оперативном лечении
- иммунотерапии

Традиционным режимом фракционирования 3D конформной лучевой терапии является +_____+ Гр ежедневно 5 раз в неделю

- 4.6 – 5.0
- 1.0 – 1.6
- 3.0 – 3.5
- 1.8 - 2.0

Суммарно очаговую дозу на первичный объем опухоли доводят в данном случае до +_____+ Гр

- 55-60
- 66-70
- 40-45
- 30-40

В качестве конкурентной ХЛТ рекомендовано проведение химиотерапии по схеме цисплатин +__+ мг/м^2^ Д1, 5-фторурацил +___+ мг/м^2^ Д1-4 (96 часовая инфузия), соответственно

- 75; 750
- 10; 100
- 50; 500
- 25; 250

Шаг КТ-сканирования при проведении предлучевой подготовки составляет +___+ мм

- 6-8
- 1-2

- 3-5
- 9-10

Отступ (латеральный и передне-задний) от макроскопического объема опухоли (GTV) для формирования клинического объема опухоли (CTV) составляет +___+ мм

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

Для формирования клинического объема опухоли (CTV) следует выбрать отступ (каудальное и краниальное направление) от макроскопического объема опухоли (GTV), равный

- 1
- 6
- 5
- 3

При создании PTV нижнюю и верхнюю границы поля увеличивают на +__+ см

- 1
- 8
- 4
- 6

При создании PTV боковые, переднюю и заднюю границы поля увеличивают на +___+ см

- 0,5
- 8
- 4
- 6

При планировании лучевой терапии следует учесть значение покрытия PTV min более +___+ %

- 93
- 80
- 10
- 60

При планировании лучевой терапии следует учесть покрытие GTV +___+ % терапевтической дозой

- 93
- 80
- 10
- 60

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 54-х лет обратился к врачу-радиотерапевту.
Жалобы
Жалобы на боли в области верхнечелюстной пазухи справа.
Анамнез заболевания
Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые появились болезненные ощущения в области«собачьей ямки»справа.Лечился длительно по поводу острого гайморита (антибактериальная и обезболивающая терапия) - без эффекта. + Выполнена МСКТ органов головы и шеи: в правой верхнечелюстной пазухе (ВЧП) визуализируется образование с нечеткими, неровными контурами, неравномерно накапливающая контрастный препарат, размерами 27{asterisk}32 мм. Деструкция передней, глазничной, подвисочной поверхностей ВЧП и скулового отростка верхней челюсти. Увеличенных регионарных л/у в зоне сканирования не определяется. Пункционная биопсия патологического образования ВЧП, гистологическое и иммуногистохимическое исследование – умеренно-дифференцированный плоскоклеточный неороговевающий рак,HPV-негативный.Установлен диагноз: Рак правой верхнечелюстной пазухи T4aN0M0 + Осмотрен на мультидисциплинарной комиссии в составе ЛОР-хирурга, радиотерапевта, химиотерапевта: от оперативного лечения пациент категорически отказался. + Первичное лечение: 4 цикла индукционной ПХТ (доцетаксел{plus}цисплатин{plus}5ФУ). По данным контрольного МСКТ – выраженная положительная динамика: регресс первичной опухоли более 40%.
Анамнез жизни
* Хронические заболевания: ИБС, ГБ II; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * онкологический анамнез отрицает.
Объективный статус
Общее состояние удовлетворительное. Вес 74 кг, рост 172 см. Температура тела 36,6°С. Кожные покровы чистые. Зев умеренно гиперемирован, язык чистый, не обложен, миндалины не увеличены. + Периферические лимфоузлы: затылочные, шейные, надключичные, подключичные - не увеличены. Перкуторно границы средостения не расширены, над легкими – ясный легочный звук; дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 68/мин, АД 124/74 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы. + Местный статус: деформации костей лицевого черепа не определяется, пальпация безболезненна. Лимфатические узлы шеи не пальпируются.
Вторым этапом лечения данного пациента должна быть

- иммунотерапия
- химиотерапия второй линии
- конкурентная химиолучевая терапия
- динамическое наблюдение

Для иммобилизации пациента во время сеанса облучения используют фиксирующие устройства такие, как

- загубник и фиксатор шеи
- большая термопластическая маска
- _breast board_
- индивидуальный подголовник
- фиксаторы для рук и ног

Шаг КТ-сканирования при проведении предлучевой подготовки составляет +___+ мм

- 10
- 1-3
- 5
- 0,5

Полученные КТ-изображения передают на

- планирующую станцию
- станцию оконтуривания
- лечебный аппарат
- архивирующее устройство

Суммарно очаговую дозу на первичный объем опухоли доводят в данном случае до +_____+ Гр

- 66-70
- 74-80
- 50-54
- 40-50

Суммарно очаговую дозу на клинически не измененные лимфатические узлы доводят в данном случае до +_____+ Гр

- 64-70
- 40-42
- 36-38
- 44-60

Традиционным режимом фракционирования 3D конформной лучевой терапии является +__+ Гр ежедневно 5 раз в неделю

- 3
- 2
- 5
- 1

Максимально допустимая доза на шейный отдел спинного мозга в соответствии с параметрами оптимизации _Quantec Dmax_ составляет +__+ Гр

- 20
- 50
- 40
- 30

В качестве конкурентной ХЛТ рекомендовано проведение химиотерапии с включением цисплатина +___+ мг/м^2^ в 1-й, 22-й, 43-й дни облучения

- 150
- 100
- 200
- 250

При планировании лучевой терапии не более +__+ см^3^ PTV должны получить >110% предписанной дозы

- 0,5
- 5
- 1
- 2

Контроль положения пациента на лечебном столе следует осуществлять не менее +__+ раз(а) в неделю (после первых трех верификаций)

- 3
- 4
- 2
- 1

Отступ для планируемого объема опухоли (PTV) с учетом используемых фиксирующих устройств должен составлять +___+ см

- 3
- 4
- 2
- 1

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 65 лет обратился к врачу-радиотерапевту.
Жалобы
Жалобы на чувство осиплость голоса, боли в горле при глотании.
Анамнез заболевания
Болен в течении 4 месяцев, когда появилась осиплость голоса и боли в горле. + УЗИ лимфатических узлов шеи – цепочка увеличенных лимфатических узлов шеи диаметром от 2 до 5 см. + Видеобронхоскопия - в области надгортанника слева определяется плотное экзофитное образование размером до 1 см. Биопсия образования - умеренно дифференцированный плоскоклеточный рак. + СКТ органов грудной клетки – без онкологической патологии. + УЗИ органов брюшной полости – без патологии. + Установлен диагноз: Рак надгортанника с метастазами в лимфатические узлы шеи T1N2bM0(IV А ст.). + Осмотрен на мультидисциплинарной комиссии в составе ЛОР-хирурга, радиотерапевта, химиотерапевта: от оперативного лечения отказалась.
Анамнез жизни
* Хронические заболевания: отрицает; * не курит, алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * онкологический анамнез отрицает.
Объективный статус
Общее состояние удовлетворительное. Вес 86 кг, рост 175 см. Температура тела 36,8°С. Кожные покровы чистые. Зев гиперемирован, миндалины не увеличены, язык чистый. + Пальпируется цепочка увеличенных лимфатических узлов по боковой поверхности шеи (размеры лимфоузлов до 5 см в диаметре). Периферические лимфатические узлы затылочные, надключичные, подключичные - не увеличены. Границы средостения перкуторно не расширены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 132/82 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме.
С учетом отказа больного от оперативного лечения дальнейшая тактика лечения заключается в проведении

- иммунотерапии в рамках клинических исследований
- динамического наблюдения
- конкурентной химиолучевой терапии
- паллиативной химиотерапии

Для иммобилизации пациента используют

- _breast board_
- индивидуальный подголовник
- стереотаксическую рамку
- большую термопластическую маску
- _arm shuttle_

Шаг КТ-сканирования при проведении предлучевой подготовки составляет +___+ мм

- 4-5
- 1-3
- 9-10
- 6-8

Границы КТ-сканирования при проведении предлучевой подготовки: верхняя - +_____+, нижняя

- на рамке маски над макушкой; до яремной вырезки
- уровень угла нижней челюсти; нижний край рукоятки грудины
- уровень перстневидного хряща; уровень ключицы
- нижний край орбиты; яремная вырезка

Полученные КТ-изображения передают на

- архивирующее устройство
- лечебный аппарат
- станцию оконтуривания
- планирующую станцию

В клинический объем высокого риска (CTV1) в данной клинической ситуации необходимо включить

- десну нижней челюсти и дно полости рта
- носоглотку, позадиглоточные лимфатические узлы
- GTV{plus}5-10 мм от первичной опухоли и регионарных метастазов
- GTV{plus}15 мм и лимфатические узлы VI группы с двух сторон

Контроль положения пациента на лечебном столе следует осуществлять не менее +__+ раз(а) в неделю (после первых трех верификаций)

- 1
- 3
- 4
- 2

Отступ для планируемого объема опухоли (PTV) составляет +_____+ см

- 0,8-0,9
- 0,3-0,5
- 0,1-0,2
- 1-2

Традиционным режимом фракционирования 3D конформной лучевой терапии является +__+ Гр ежедневно 5 раз в неделю

- 3
- 1
- 2
- 5

Суммарно очаговую дозу на первичный объем опухоли доводят в данном случае до +_____+ Гр

- 40-50
- 66-70
- 74-80
- 50-54

Максимально допустимая доза на шейный отдел спинного мозга в соответствии с параметрами оптимизации _Quantec _составляет _Dmax_ +___+ Гр

- 50
- 40
- 60
- 30

В качестве конкурентной ХЛТ рекомендовано проведение химиотерапии с включением цисплатина +___+ мг/м^2^ в 1-й, 22-й, 43-й дни

- 50
- 40
- 60
- 30

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 48-ми лет обратился к врачу-радиотерапевту.
Жалобы
Жалобы на боли в области верхне-челюстной пазухи, гнилостный запах изо рта, слизисто-гнойное отделяемое из носа.
Анамнез заболевания
Болен более года, когда впервые заметил небольшое изъязвление в области десны слева. Лечился самостоятельно, без эффекта. Через 3-4 месяца присоединилась шаткость 6 и 7 зубов слева, осмотрен стоматологом и онкологом. МРТ придаточных пазух – образование альвеолярного отростка левой верхней челюсти с распространением в нижние отделы левой верхнечелюстной пазухи. Инфильтрация распространяется на ротоглотку, небный отросток и небную кость (размеры образования 4,5х5,9х4,7 см). Биопсия образования слизистой альвеолярного отростка верхней челюсти. Увеличенных

лимфатических узлов в зоне сканирования не определяется. Гистологическое и ИГХ *заключение* – низкодифференцированный плоскоклеточный рак, ВПЧ (-). + КТ грудной, брюшной полости – данных за метастазы в зоне сканирования не получено. + КТ придаточных пазух носа - литическая деструкция альвеолярного отростка верхней челюсти слева (объем деструкции 17х41х15 мм) + Установлен диагноз: Рак альвеолярного отростка верхней челюсти слева T4aN0M0 (IVa ст.) + Осмотрен на мультидисциплинарной комиссии в составе ЛОР-хирурга, радиотерапевта, химиотерапевта:от оперативного лечения отказалась

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: ХОБЛ, вне обострения; * курит, алкоголем злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * онкологический анамнез отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Вес 66 кг, рост 167 см. Температура тела 36,8°С. Кожные покровы чистые. Видимые слизистые бледно-розовые, влажные. Периферические лимфоузлы: затылочные, надключичные, подключичные - не увеличены. Границы средостения перкуторно не расширены. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные, ЧСС 78/мин, АД 122/82 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в норме. + Местный статус: на слизистой альвеолярного отростка верхней челюсти слева дефект округлой формы с нечеткими краями, ровным дном, размером до 2 см.

С учетом отказа больного от оперативного лечения дальнейшая оптимальная тактика лечения - это

- паллиативная химиотерапия
- конкурентная химиолучевая терапия
- динамическое наблюдение
- иммунотерапия

Для иммобилизации пациента используют фиксирующие устройства, такие как

- _breast board_
- индивидуальная каппа
- _arm shuttle_
- большая термопластическая маска
- малая термопластическая маска

Шаг КТ-сканирования при проведении предлучевой подготовки составляет +___+ мм

- 6-8
- 4-5
- 1-3

- 9-10

Границы КТ-сканирования при проведении предлучевой подготовки: верхняя- +_____+ ; нижняя

- нижний край орбиты; яремная вырезка
- на рамке маски над макушкой; до яремной вырезки
- уровень угла нижней челюсти; нижний край рукоятки грудины
- уровень перстневидного хряща; уровень ключицы

Полученные КТ-изображения передают на

- лечебный аппарат
- планирующую станцию
- архивирующее устройство
- станцию оконтуривания

В объем GTV в данной клинической ситуации необходимо включить

- весь объем определяемой первичной опухоли и регионарных метастазов
- лимфатические узлы шеи на контрлатеральной стороне
- ретрофарингеальные и позадиушные лимфатические узлы
- ротоглотку и ретрофарингеальные лимфатические узлы

В клинический объем лимфатических узлов (CTVn) в данной клинической ситуации необходимо включить

- лимфатические узлы шеи IV группы с двух сторон
- подключичные лимфатические узлы
- лимфатические узлы шеи I-III группы с обеих сторон
- лимфатические узлы шеи V – VI группы с двух сторон
- заглоточные лимфатические узлы

Отступ для планируемого объема опухоли (PTV) следует выбрать с учетом используемых фиксирующих устройств составляет +_____+ см

- 0,1 – 0,2
- 0,3 - 0,5
- 1 - 2
- 2,5 – 3

Традиционным режимом фракционирования 3D конформной лучевой терапии является +__+ Гр ежедневно 5 раз в неделю

- 1
- 3
- 5
- 2

Сумарноочаговая доза на клинически неизменённые лимфатические узлы составляет +__+ Гр

- 50
- 70
- 20
- 36

Максимально допустимая доза на шейный отдел спинного мозга в соответствии с параметрами оптимизации _Quantec_ составляет Dmax +___+ Гр

- 50
- 40
- 30
- 60

В качестве конкурентной ХЛТ рекомендовано проведение химиотерапии с включением цисплатина +___+ мг/м^2^ каждые 3 недели

- 50
- 40
- 30
- 60

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 45 лет обратился к врачу-радиотерапевту.
Жалобы
Жалобы на увеличение лимфатических узлов шеи с обеих сторон.
Анамнез заболевания
Считает себя больным в течение 6 месяцев, когда впервые заметил увеличенные лимфатические узлы шеи с обеих сторон. Обследован: по данным МРТ мягких тканей шеи определяется конгломерат лимфатических узлов уровня II а справа до 6 см в диаметре, интимно прилежащий и компримирующий правую общую сонную артерию и левую наружную яремную вену без признаков инвазии. Правая околоушная слюнная железа прилежит к узлу, интактна, проток не изменен; увеличенные лимфоузлы уровня Ib справа (12,3 х 5,4 мм см). Двусторонняя асимметрия и увеличение в размерах небных миндалин, которые активно накапливают контрастный препарат. + Видеоларингоскопия: структуры ротоглотки дифференцированы, небные миндалины увеличены, больше справа. + ПЭТ/КТ всего тела: в проекции правой небной миндалины повышенный захват РФП (SUV 6,5). В области угла нижней челюсти справа метаболически активное образование размерами 59 х 48 х 54 мм (SUV 12,5); слева – размерами 2,7х3,2см (SUV 2,65). + Биопсия образования правой небной миндалины

(гистологическое и иммуногистохимическое исследование - низкодифференцированный плоскоклеточный рак, Gr.II, HPV-ассоциированный.

Анамнез жизни

* Хронические заболевания: ХОБЛ, вне обострения; * курит 1 пачка в день (25 лет), алкоголем не злоупотребляет; * профессиональных вредностей не имеет; * онкологический анамнез отрицает.

Объективный статус

Общее состояние удовлетворительное. Вес 102 кг, рост 184 см. Температура тела 36,8°С. Кожные покровы чистые. Зев умеренно гиперемирован, язык чистый, не обложен, миндалины визуально и пальпаторно не увеличены. + Периферические лимфоузлы: пальпируется конгломерат увеличенных лимфатических узлов шеи справа плотный, несмещаемый, безболезненный (6, 0 х 5,0 см), кожа над конгломератом не изменена, признаков распада лимфоузлов не определяется. Грудная клетка обычной формы, активно участвует в дыхании. Границы средостения перкуторно не расширены, над легкими – ясный легочный звук; аускультативно – дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧДД 16/мин. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС70/мин, АД 130/75 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный. Печень, селезенка не увеличены. Физиологические отправления в пределах нормы.

Первичное лечение данного пациента заключается в проведении

- оперативного лечения
- системной химиотерапии
- самостоятельной лучевой терапии
- химио-/биолучевой терапии

Для иммобилизации пациента во время сеанса лучевой терапии используют

- брест-борд
- большую термопластическую маску
- систему контроля дыхания
- стереотаксическую рамку
- индивидуальный подголовник

Шаг КТ-сканирования при проведении предлучевой подготовки составляет +___+ мм

- 5
- 0,5
- 1-3
- 10

Полученные КТ-изображения передают на

- планирующую станцию

- лечебный аппарат
- архивирующее устройство
- станцию оконтуривания

Суммарно очаговую дозу на первичный объем опухоли доводят в данном случае до +_____+ Гр

- 74-80
- 66-70
- 50-54
- 40-50

Суммарно очаговую дозу на клинически неизмененные лимфатические узлы доводят в данном случае до +_____+ Гр

- 70-74
- 44-60
- 64-70
- 36-38

Традиционным режимом фракционирования 3D конформной лучевой терапии является +__+ Гр ежедневно 5 раз в неделю

- 3
- 5
- 1
- 2

Максимально допустимая доза на шейный отдел спинного мозга в соответствии с параметрами оптимизации _Quantec Dmax_ составляет +__+ Гр

- 50
- 60
- 40
- 30

В качестве конкурентной ХЛТ рекомендовано проведение химиотерапии с включением цисплатина +___+ мг/м^2^ в 1-й, 22-й, 43-й дни

- 150
- 100
- 250
- 200

При планировании лучевой терапии не более +__+ см^3^ PTV должны получить >110% предписанной дозы

- 2
- 5
- 1
- 0,5

В клинический объем лимфатических узлов (CTVn) в данной клинической ситуации необходимо включить лимфатические узлы

- IB-V групп и заглоточные лимфатические узлы с двух сторон
- затылка и преаурикулярные лимфоузлы с двух сторон
- I группы и затылочные с одной стороны
- IA группы с одной стороны

Для планируемого объема опухоли (PTV) с учетом используемых фиксирующих устройств положения пациента на лечебном столе и средств визуализации следует сделать отступ +___+ см

- IB-V групп и заглоточные лимфатические узлы с двух сторон
- затылка и преаурикулярные лимфоузлы с двух сторон
- I группы и затылочные с одной стороны
- IA группы с одной стороны

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 50 лет, работник судостроительного завода. Обратился к врачу-онкологу.
Жалобы
На боли колющего характера в области груди слева, усиливающиеся при дыхании, сухой кашель
Анамнез заболевания
Вышеописанные жалобы появились около 4 месяцев назад. Обратился в поликлинику по месту жительства. Направлен к онкологу.
Анамнез жизни
* не курит * профессиональная деятельность на вредном производстве (асбест) в течение 20 лет * отягощенная наследственность: отец умер от рака легкого в 60 лет, дед по отцовской линии умер от рака желудка
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 78 кг, рост 177 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Высыпаний нет. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Над- и подключичные ямки умеренно выражены, одинаковы с обеих сторон, межреберные промежутки не расширены. Тип дыхания брюшной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 18уд в минуту. * При пальпации грудная клетка упругая, податливая, безболезненная.

Грудные железы симметричны, без визуальных и пальпаторных симптомов опухолевой и иной патологии. Голосовое дрожание выражено умеренно, одинаково на симметричных участках грудной клетки. Перкуссия легких. Сравнительная перкуссия: над всей грудной клеткой в проекции легких определяется коробочный легочный звук. Границы лёгких в пределах нормы справа. При пальпации надключичных зон определяется увеличенный л/у справа до 1 см в диаметре. Аускультация. Над всей поверхностью грудной клетки в проекции левого легкого определяется везикулярное дыхание, хрипов нет, ЧДД 18 уд в мин. pO~2~ 98%, в проекции правого легкого дыхание жесткое, незначительно ослаблено, ЧДД 18 уд в мин. * Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 120/80 мм рт. ст. * Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, в достаточном количестве, стул регулярный.

К основным методам обследования для постановки диагноза относятся

- IB-V групп и заглоточные лимфатические узлы с двух сторон
- затылка и преаурикулярные лимфоузлы с двух сторон
- I группы и затылочные с одной стороны
- IA группы с одной стороны

Результаты обследования

Верифицировать диагноз возможно по результатам

- IB-V групп и заглоточные лимфатические узлы с двух сторон
- затылка и преаурикулярные лимфоузлы с двух сторон
- I группы и затылочные с одной стороны
- IA группы с одной стороны

Результаты обследования

Основной предполагаемый диагноз - это

- IB-V групп и заглоточные лимфатические узлы с двух сторон
- затылка и преаурикулярные лимфоузлы с двух сторон
- I группы и затылочные с одной стороны
- IA группы с одной стороны

Диагноз

Для уточнения стадии (N статуса) необходимо выполнить УЗИ

- IB-V групп и заглоточные лимфатические узлы с двух сторон
- затылка и преаурикулярные лимфоузлы с двух сторон
- I группы и затылочные с одной стороны
- IA группы с одной стороны

Результаты обследования

Можно предположить +_____+ стадию заболевания

- T3N3M0 IIIB
- T3N1M0 IIIA
- T1N0M0 IA
- T4N2M0 IIIB

Пациенту показано +_____+ лечение

- лучевое
- хирургическое
- химио-лучевое
- гормональное

Оптимальный объем ХТ в составе химиолучевой терапии +_____+ введение паклитаксела и цисплатина/карбоплатина

- 1 раз в 2 недели
- ежедневное
- 1 раз в 28 дней
- еженедельное

Оптимальный объем лучевой терапии в составе химиолучевой терапии на первичную опухоль: конформная лучевая терапия РОД +____+ Гр, СОД +_____+ Гр

- 6; 60
- 2; 40
- 2; 80
- 2; 60

Оптимальный объем лучевой терапии в составе химиолучевой терапии на регионарные зоны: конформная лучевая терапия РОД +_____+ Гр, СОД +____+ Гр

- 2; 60-65
- 2; 40-45
- 4; 40-45
- 4; 20-25

По окончании лечения в рамках диспансерного наблюдения рекомендовано регулярно выполнять

- рентгенографию грудной клетки/компьютерную томографию
- УЗИ сосудов нижних конечностей
- ЭКГ

- общий анализ крови

К очевидным факторами риска развития рака легкого у данного пациента относят

- возраст пациента
- профессиональную деятельность
- неправильное питание
- загрязнение окружающей среды

Наблюдение у районного онколога пациенту показано с периодичностью 1 раз в +_____+, затем ежегодно

- возраст пациента
- профессиональную деятельность
- неправильное питание
- загрязнение окружающей среды

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 46 лет обратилась к врачу-онкологу по месту жительства.
Жалобы
В течение последних трех месяцев беспокоит сухой кашель.
Анамнез заболевания
Обратилась к врачу-терапевту по месту жительства. При рентгенографии органов грудной клетки выявлено образование в переднем верхнем средостении. Врачом-Терапевтом была направлена к врачу-онкологу по месту жительства. Проведено дообследование, выполнена трансторакальная пункция образования средостения. При гистологическом исследовании пунктата: высокодифференцированный рак тимуса. Обратилась к врачу-онкологу для определения тактики лечения.
Анамнез жизни
Сопутствующая патология: нет Наследственность не отягощена. Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, цикл регулярный, роды: 2, аборт: 1 Аллергии на лекарственные препараты, пищевые продукты, аэрозоли отрицает. Профессиональные вредности не отмечены.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Вес 62 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°С. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 15 в минуту. ЧДД 16 уд в мин, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 115/75 мм рт. ст. Костно-мышечный аппарат без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул регулярный, без патологических примесей.

Стандартом уточняющей диагностики при опухолях средостения является

- возраст пациента
- профессиональную деятельность
- неправильное питание
- загрязнение окружающей среды

Результаты обследования

Наиболее информативным методом инструментального обследования, уточняющим локализацию и распространенность опухолевого процесса, является

- возраст пациента
- профессиональную деятельность
- неправильное питание
- загрязнение окружающей среды

Результаты обследования

Клиническая стадия заболевания по TNM у данной пациентки при выявлении опухоли вилочковой железы с наличием врастания в перикард и отсутствием метастатических лимфоузлов в регионарных лимфоузлах соответствует

- возраст пациента
- профессиональную деятельность
- неправильное питание
- загрязнение окружающей среды

Диагноз

В соответствии с группировкой по стадиям у пациентки +___+ стадия заболевания

- I
- IV
- II
- III

По данным классификации ВОЗ опухолей вилочковой железы 2004 г. у пациентки тип

- B1
- A
- B3
- B2

Пациентке с опухолью вилочковой железы II клинической стадии на первом этапе рекомендовано проведение

- хирургического лечения
- таргетной терапии
- химиотерапевтического лечения
- радикальной лучевой терапии

У пациентки при гистологическом исследовании операционного материала выявлены опухолевая инвазия капсулы и клетки опухоли по краю резекции (R1). В данной клинической ситуации рекомендовано проведение

- адъювантной химиотерапии
- повторного хирургического лечения
- таргетной терапии
- адъювантной лучевой терапии

При проведении послеоперационной лучевой терапии в данной клинической ситуации СОД должна составлять +___+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 54
- 46
- 60
- 44

В случае наличия макроскопической остаточной опухоли (R2) при злокачественных опухолях вилочковой железы СОД послеоперационной дистанционной лучевой терапии должна составлять +____+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 54
- 50
- 60
- 44

При проведении 3D конформной дистанционной лучевой терапии при тимоме объем перикарда, получающий дозу, эквивалентную 30 Гр (V30), должен быть меньше (в процентах)

- 50
- 46
- 64
- 70

При проведении 3D конформной дистанционной лучевой терапии при тимоме средняя доза на пищевод должна быть меньше или равна (в Гр)

- 44
- 40
- 34
- 50

После окончания лечения рекомендуется в течение первых двух лет проводить осмотр и сбор жалоб каждые +_____+ (в месяцах)

- 44
- 40
- 34
- 50

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 56 лет обратился к врачу-онкологу по месту жительства.
Жалобы
На слабость, утомляемость, одышку при ходьбе, кашель со слизистой мокротой.
Анамнез заболевания
Обратился к врачу-терапевту по месту жительства по поводу кашля и одышки. Была выполнена рентгенография, выявлены изменения в легких. Обследован в противотуберкулезном диспансере, данных за туберкулез не получено. Был направлен на обследование в онкологический диспансер. По данным КТ: признаки центрального рака нижней доли правого легкого. При ФБС получен материал для гистологического исследования: плоскоклеточный рак умеренной дифференцировки. Консультирован врачом-хирургом, врачом-терапевтом, врачом-кардиологом, врачом-анестезиологом: хирургическое лечение не показано (у пациента критический стеноз сонных артерий, почечная недостаточность). Пациент направлен врачом-онкологом на консультацию к врачу-радиотерапевту.
Анамнез жизни
Хронические заболевания: Сахарный диабет II типа. Гипертоническая болезнь 3 ст. АГ 3 ст, риск ССО 4 Атеросклероз артерий конечностей (стеноз в поверхностной бедренной слева до 60%, слева до 50%), Синдром перемежающейся хромоты. Стенозирующий атеросклероз брахиоцефальных артерий, ХБП III ст. Курит 30 лет, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не принимает. Профессиональных вредностей не имеет. Отец умер от рака легкого, у матери гипертоническая болезнь.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Вес 62 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°С. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 15 в минуту. ЧДД 16 уд в мин, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 115/75 мм рт. ст. Костно-

мышечный аппарат без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул регулярный, без патологических примесей.
Основным методом в первичной диагностике местной распространенности опухолевого процесса в грудной клетке является

- 44
- 40
- 34
- 50

Результаты обследования

Основным и обязательным методом диагностики рака легкого, позволяющим непосредственно увидеть локализацию опухоли, является

- 44
- 40
- 34
- 50

Результаты обследования

Клиническая стадия заболевания по TNM у данного пациента по результатам обследования

- 44
- 40
- 34
- 50

Диагноз

В соответствии с группировкой по стадиям у пациента +____+ стадия заболевания

- IIA
- IB
- IA
- IIB

Учитывая функциональную неоперабельность, пациенту со IIB стадией может быть предложено проведение

- гормонотерапии
- паллиативной лучевой терапии
- радикальной лучевой терапии
- симптоматического лечения

При проведении радикальной конформной лучевой терапии на первичную опухоль подводится СОД +___+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 54
- 60
- 72
- 50

При проведении радикальной конформной лучевой терапии на регионарные лимфатические узлы подводится СОД +_____+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 40-45
- 50-54
- 30-36
- 60-62

Состояние пациента по шкале ECOG соответствует 2 баллам (лечится амбулаторно, способен к самообслуживанию, но не может выполнять работу, более 50% времени бодрствования проводит активно - в вертикальном положении). В данной клинической ситуации пациенту после проведения лучевой терапии можно предложить

- проведение гормонотерапии
- 3-4 консолидирующих курса химиотерапии
- динамическое наблюдение
- продолжение лучевой терапии до СОД 70 Гр

При проведении 3D конформной дистанционной лучевой терапии при раке легкого объем перикарда, получающий дозу, эквивалентную 30 Гр (V30), должен быть меньше +_____+ (в процентах)

- 64
- 70
- 46
- 50

При проведении 3D конформной дистанционной лучевой терапии при раке легкого средняя доза на пищевод должна быть меньше или равна +_____+ (в Гр)

- 40
- 50
- 34
- 44

При планировании лучевой терапии формирование объема ITV подразумевает под собой учет

- смещения объема CTV внутри тела больного
- возможного изменения объема GTV в процессе лечения
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- субклинического распространения опухоли

Периодичность наблюдения у врача-онколога после радикального лечения рака легкого в течение первых трех лет должна составлять +_____+ (в месяцах)

- смещения объема CTV внутри тела больного
- возможного изменения объема GTV в процессе лечения
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- субклинического распространения опухоли

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 60 лет обратился к врачу-онкологу по месту жительства.
Жалобы
На слабость, утомляемость, одышку при ходьбе, кашель со слизистой мокротой.
Анамнез заболевания
Обратился к терапевту по месту жительства по поводу кашля и одышки. Была выполнена рентгенография, выявлены изменения в легких. Обследование в противотуберкулезном диспансере, данных за туберкулез не получено. Был направлен на обследование в онкологический диспансер. По данным КТ: признаки центрального рака нижней доли правого легкого. При ФБС получен материал для гистологического исследования: плоскоклеточный рак умеренной дифференцировки. Обратился к врачу-онкологу для определения тактики лечения.
Анамнез жизни
Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст. Курит 30 лет, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не принимает. Профессиональных вредностей не имеет. Отец умер от рака легкого, у матери гипертоническая болезнь.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°С. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 135/75 мм рт. ст. Костно-мышечный аппарат без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул регулярный, без патологических примесей.

Основным методом в первичной диагностике местной распространенности опухолевого процесса в грудной клетке является

- смещения объема CTV внутри тела больного
- возможного изменения объема GTV в процессе лечения
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- субклинического распространения опухоли

Результаты обследования

Основным и обязательным методом диагностики рака легкого, позволяющим непосредственно увидеть локализацию опухоли, является

- смещения объема CTV внутри тела больного
- возможного изменения объема GTV в процессе лечения
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- субклинического распространения опухоли

Результаты обследования

Клиническая стадия заболевания по TNM у данного пациента по результатам обследования

- смещения объема CTV внутри тела больного
- возможного изменения объема GTV в процессе лечения
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- субклинического распространения опухоли

Диагноз

В соответствии с группировкой по стадиям у пациента +____+ стадия заболевания

- IB
- IIA
- IA
- IIB

Учитывая стадию заболевания, пациенту рекомендовано проведение

- хирургического лечения
- паллиативной лучевой терапии
- стереотаксической лучевой терапии
- симптоматического лечения

Пациенту проведено хирургическое лечение. При гистологическом исследовании послеоперационного материала были выявлены клетки

опухоли по краю резекции. Учитывая данные гистологического исследования, на следующем этапе пациенту показано проведение

- повторного хирургического вмешательства
- химиотерапии
- послеоперационной лучевой терапии
- таргетной терапии

При проведении послеоперационной лучевой терапии при R1 резекции на лимфатические узлы средостения подводится СОД +_____+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 66-70
- 54-60
- 30-36
- 40-44

При нижнедолевой локализации опухоли легкого нижняя граница облучаемого объема обычно расположена на +____+ см каудальнее бифуркации трахеи

- 4,5
- 2,5
- 7
- 1

При проведении 3D конформной дистанционной лучевой терапии при раке легкого объем перикарда, получающий дозу, эквивалентную 30 Гр (V30), должен быть меньше +_____+ (в процентах)

- 46
- 70
- 50
- 64

При проведении 3D конформной дистанционной лучевой терапии при раке легкого средняя доза на пищевод должна быть меньше или равна (в Гр)

- 40
- 34
- 50
- 44

При планировании лучевой терапии формирование объема ITV подразумевает под собой учет

- возможного изменения объема GTV в процессе лечения
- субклинического распространения опухоли

- смещения объема CTV внутри тела больного
- погрешностей при укладке пациента во время лечения

Периодичность наблюдения у врача-онколога после радикального лечения рака легкого в течение первых трех лет должна составлять +_____+ (в месяцах)

- возможного изменения объема GTV в процессе лечения
- субклинического распространения опухоли
- смещения объема CTV внутри тела больного
- погрешностей при укладке пациента во время лечения

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 64 лет обратилась к онкологу по месту жительства.
Жалобы
На слабость, утомляемость, одышку при небольшой физической нагрузке, кашель со слизистой мокротой, появление в мокроте прожилок крови.
Анамнез заболевания
Последние 4 месяца отмечает ухудшение самочувствия, усиление кашля, появления прожилок крови в мокроте, нарастание одышки. Обратилась к врачу-терапевту по месту жительства. Была выполнена рентгенография, выявлены изменения в легких. Была направлена на обследование в онкологический диспансер. По данным МСКТ: признаки центрального рака верхней доли правого легкого. При ФБС получен материал для гистологического исследования: аденокарцинома. Обратилась к врачу-онкологу для определения тактики лечения.
Анамнез жизни
Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст. Курит 30 лет, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не принимает. Профессиональных вредностей не имеет. Отец умер от рака легкого, у матери гипертоническая болезнь.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Вес 76 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°С. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 135/75 мм рт. ст. Костно-мышечный аппарат без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул регулярный, без патологических примесей.
Основным методом в первичной диагностике местной распространенности опухолевого процесса в грудной клетке является

- возможного изменения объема GTV в процессе лечения

- субклинического распространения опухоли
- смещения объема CTV внутри тела больного
- погрешностей при укладке пациента во время лечения

Результаты обследования

Основным и обязательным методом диагностики рака легкого, позволяющим непосредственно увидеть локализацию опухоли, является

- возможного изменения объема GTV в процессе лечения
- субклинического распространения опухоли
- смещения объема CTV внутри тела больного
- погрешностей при укладке пациента во время лечения

Результаты обследования

Клиническая стадия заболевания по TNM у данного пациента по результатам обследования

- возможного изменения объема GTV в процессе лечения
- субклинического распространения опухоли
- смещения объема CTV внутри тела больного
- погрешностей при укладке пациента во время лечения

Диагноз

В соответствии с группировкой по стадиям у пациентки +____+ стадия заболевания

- IIIA
- IIIC
- IIB
- IIIB

Учитывая стадию заболевания, пациентке рекомендовано проведение

- одновременной химиолучевой терапии
- паллиативной лучевой терапии
- симптоматического лечения
- хирургического лечения

При проведении лучевой терапии в данной клинической ситуации СОД на первичную опухоль и пораженные лимфоузлы должна составлять +_____+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 54-56
- 30-36
- 60-66

- 40-44

При проведении лучевой терапии в данной клинической ситуации СОД на регионарные лимфоузлы должна составлять +_____+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 40-45
- 50-54
- 60-62
- 30-36

При проведении лучевой терапии рака легкого клинический объем мишени (CTV) дополнительно включает область

- возможного смещения опухоли при дыхании
- возможного смещения опухоли при движениях больного
- возможной погрешности при укладке больного
- микроскопического распространения опухолевых клеток в легочной ткани вокруг опухоли

При проведении 3D конформной дистанционной лучевой терапии при раке легкого доза в точке на плечевое сплетение должна быть меньше или равна +_____+ (в Гр)

- 70
- 66
- 60
- 74

При проведении 3D конформной дистанционной лучевой терапии при раке легкого средняя доза на пищевод должна быть меньше или равна +_____+ (в Гр)

- 44
- 50
- 34
- 40

При планировании лучевой терапии формирование объема ITV подразумевает под собой учет

- возможного изменения объема GTV в процессе лечения
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- смещения объема CTV внутри тела больного
- субклинического распространения опухоли

Периодичность наблюдения у онколога после радикального лечения рака легкого в течение первых трех лет должна составлять +_____+ (в месяцах)

- возможного изменения объема GTV в процессе лечения
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- смещения объема CTV внутри тела больного
- субклинического распространения опухоли

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 54 лет обратилась к врачу-онкологу по месту жительства.
Жалобы
На слабость, утомляемость, одышку при небольшой физической нагрузке, кашель со слизистой мокротой, появление в мокроте прожилок крови.
Анамнез заболевания
Последние 4 месяца отмечает ухудшение самочувствия, усиление кашля, появления прожилок крови в мокроте, нарастание одышки. Обратилась к врачу-терапевту по месту жительства. Была выполнена рентгенография, выявлены изменения в легких. Была направлена на обследование в онкологический диспансер. По данным МСКТ: признаки центрального рака верхней доли правого легкого. При ФБС получен материал для гистологического исследования: мелкоклеточный рак. При ПЭТ-КТ: гиперметаболическая опухоль верхней доли правого легкого SUV - 6,93. увеличение лимфоузлов корня правого легкого, увеличенные субкаринальные, парааортальные лимфоузлы - SUV-4,5. Обратилась к онкологу для определения тактики лечения.
Анамнез жизни
Хронические заболевания: Гипертоническая болезнь 2 ст. Не курит, алкоголем не злоупотребляет, наркотики не принимает. Профессиональных вредностей не имеет. Отец умер от инсульта в возрасте 76 лет, у матери гипертоническая болезнь.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°С. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 15 в минуту. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 135/75 мм рт. ст. Костно-мышечный аппарат без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул регулярный, без патологических примесей.
Основным методом в первичной диагностике местной распространенности опухолевого процесса в грудной клетке является

- возможного изменения объема GTV в процессе лечения
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- смещения объема CTV внутри тела больного
- субклинического распространения опухоли

Результаты обследования

Основным и обязательным методом диагностики рака легкого, позволяющим непосредственно увидеть локализацию опухоли, является

- возможного изменения объема GTV в процессе лечения
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- смещения объема CTV внутри тела больного
- субклинического распространения опухоли

Результаты обследования

Клиническая стадия заболевания по TNM у данного пациента по результатам обследования

- возможного изменения объема GTV в процессе лечения
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- смещения объема CTV внутри тела больного
- субклинического распространения опухоли

Диагноз

В соответствии с группировкой по стадиям у пациента +____+ стадия заболевания

- IIIC
- IIIA
- IIIB
- IIB

Учитывая морфологический вариант опухоли и стадию заболевания, пациентке рекомендовано проведение

- хирургического лечения
- симптоматического лечения
- химиолучевой терапии
- паллиативной лучевой терапии

В данной клинической ситуации лучевая терапия проводится с РОД в дозе +_____+ (в Гр)

- 3
- 1,5
- 2,7
- 2

В данной клинической ситуации при лучевом лечении мелкоклеточного рака легких в объем облучения включают опухоль, пораженные лимфатические узлы средостения, а также

- надключичные лимфатические узлы со стороны поражения
- надключичные лимфатические узлы с обеих сторон
- подключичные лимфатические узлы со стороны поражения
- весь объем средостения до контралатерального корня

При лучевом лечении мелкоклеточного рака легких надключичные области включаются в объем облучения при

- отсутствии метастазов, профилактически
- любых стадиях
- наличии метастазов
- наличии отдаленных гематогенных метастазов

На первичную опухоль подводится СОД +_____+ (в Гр)

- 50
- 70
- 60
- 54

На средостение подводится СОД +_____+ (в Гр)

- 60
- 46
- 54
- 36

При планировании лучевой терапии формирование объема ITV подразумевает под собой учет

- субклинического распространения опухоли
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- смещения объема CTV внутри тела больного
- возможного изменения объема GTV в процессе лечения

Периодичность наблюдения у врача-онколога после радикального лечения рака легкого в течение первых трех лет должна составлять +_____+ (в месяцах)

- субклинического распространения опухоли
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- смещения объема CTV внутри тела больного
- возможного изменения объема GTV в процессе лечения

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 62 лет обратилась к врачу-онкологу по месту жительства.
Жалобы
На наличие уплотнения в правой молочной железе.
Анамнез заболевания
Уплотнение заметила самостоятельно за 1,5 года до обращения к врачу-онкологу. Последние 4 месяца отмечает быстрый рост образования. Обследовалась в поликлинике по месту жительства, заподозрен рак правой молочной железы, была направлена к врачу-онкологу. Проведено обследование. При осмотре молочные железы развиты правильно, симметричны. При поверхностной пальпации – дольчатость. Правая молочная железа: в верхне-наружном квадранте - уплотнение 4,5 см × 6 см, сосок не изменен. В правой аксиллярной области пальпируются 2 лимфоузла до 1,5 см, смещаемые. Левая молочная железа не изменена. Периферические лимфоузлы слева пальпаторно не увеличены. При маммографии в верхне-наружном квадранте правой молочной железы определяется образование с лучистыми контурами, размерами 60×50 мм в диаметре. При УЗИ правой молочной железы - картина нерезкой фиброзной мастопатии, в верхне-наружном квадранте - опухолевый узел размерами 6,0×5,0 см; 2 аксиллярных лимфатических узла от 1.5 до 2.0 см анэхогенной структуры. С результатами обследования обратилась к врачу-онкологу для определения тактики дальнейшего обследования и лечения.
Анамнез жизни
В детстве условия жизни и питание были нормальными. От сверстников в интеллектуальном и физическом развитии не отставала. До 15-летнего возраста активно занималась физической культурой и спортом. Окончила институт. Работала бухгалтером. С профессиональными вредностями в работе не сталкивалась. Хронические заболевания: гипертоническая болезнь. Операций не было. Аллергоанамнез не отягощен. Больная замужем, имеет 2 детей. Беременность протекала нормально. Месячные с 13 лет, регулярные, безболезненные. Менопауза с 52 лет. Ближайшие родственники больной здоровы. Вредные привычки отрицает.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Вес 83 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°С. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 15 в минуту. ЧДД 16 уд в мин, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 135/80 мм рт. ст. Костно-мышечный аппарат без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул регулярный, без патологических примесей.
Основным методом верификации новообразования молочной железы на амбулаторном этапе является

- субклинического распространения опухоли
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- смещения объема CTV внутри тела больного
- возможного изменения объема GTV в процессе лечения

Результаты обследования

Основным методом дополнительного исследования гистологического материала, необходимым для уточнения биологического подтипа опухоли и определения тактики лечения, является

- субклинического распространения опухоли
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- смещения объема CTV внутри тела больного
- возможного изменения объема GTV в процессе лечения

Результаты обследования

Стандартом инструментальной диагностики, позволяющим исключить наличие отдаленных метастазов при раке молочной железы, является

- субклинического распространения опухоли
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- смещения объема CTV внутри тела больного
- возможного изменения объема GTV в процессе лечения

Результаты обследования

Клиническая стадия заболевания по TNM у данной пациентки при выявлении первичной опухоли молочной железы максимальным размером 6.5 см и двух подвижных метастатических лимфоузлов в подмышечной области на стороне поражения соответствует

- субклинического распространения опухоли
- погрешностей при укладке пациента во время лечения
- смещения объема CTV внутри тела больного
- возможного изменения объема GTV в процессе лечения

Диагноз

В соответствии с группировкой по стадиям у пациентки +____+ стадия заболевания

- IIIA
- IIIC
- IIIB
- IIB

Пациентке с опухолью молочной железы стадии IIIA (T~3~N~1~M~0~) на первом этапе показано проведение

- химио-лучевой терапии
- гормонотерапии
- хирургического лечения
- таргетной терапии

Пациентке с опухолью молочной железы (люминальный тип А), YPT3YPN1CM0) после выполнения хирургического лечения (резекция молочной железы с лимфаденэктомией) и проведения соответствующего стадии химиотерапевтического лечения, на третьем этапе комплексного лечения показано проведение послеоперационного курса +_____+ лучевой терапии

- сочетанной
- конформной дистанционной
- стереотаксической
- контактной

У пациентки с диагнозом рак правой молочной железы, люминальный тип А, YPT3YPN1CM0 необходимо включить в зону облучения

- оперированную молочную железу и зоны регионарного лимфоколлектора на пораженной и контралатеральной стороне
- только оперированную молочную железу, исключая лимфатические коллекторы
- оперированную молочную железу, над-/подключичную, ипсилатеральную парастернальную и часть подмышечной зоны
- только ипсилатеральные регионарные лимфатические лимфоузлы, исключая оперированную молочную железу

У пациентки с диагнозом рак правой молочной железы (люминальный тип А), YPT3YPN1CM0 проводится ДЛТ до СОД +_____+ (в Гр)

- 45-50
- 54-56
- 36-40
- 40-44

После завершения адъювантной химиотерапии пациентке с гормонозависимой опухолью рекомендовано проведение

- иммунотерапии
- адъювантной таргетной терапии
- поддерживающей химиотерапии
- адъювантной гормонотерапии

При планировании 3D конформной лучевой терапии рака молочной железы объем легких, получающих дозу, эквивалентную 20 Гр (V20), должен быть меньше +_____+ (в процентах)

- 50
- 35
- 54
- 45

При планировании 3D конформной лучевой терапии рака молочной железы объем сердца, получающий дозу, эквивалентную 25 Гр (V25), должен быть меньше +_____+ (в процентах)

- 50
- 35
- 54
- 45

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 34 лет обратилась к врачу-онкологу по месту жительства.
Жалобы
При контрольном осмотре выявлено не пальпируемое образование в левой молочной железе.
Анамнез заболевания
С возраста 25 лет наблюдалась у врача-маммолога по поводу фиброзно-кистозной мастопатии. При очередном плановом осмотре по данным УЗИ в нижненаружном квадранте левой молочной железы выявлено образование. Направлена к врачу-онкологу по месту жительства. Проведено обследование. При осмотре молочные железы развиты правильно, симметричны. При поверхностной пальпации – дольчатость. Правая молочная железа визуально и пальпаторно не изменена, сосок не изменен, отделяемого из соска нет. Левая молочная железа визуально и пальпаторно не изменена, сосок не изменен, отделяемого из соска нет. Периферические лимфоузлы с обеих сторон пальпаторно не увеличены. При маммографии в нижненаружном квадранте правой молочной железы определяется образование с лучистыми контурами, размерами 9 × 9 мм в диаметре. С результатами обследования обратилась к врачу-онкологу для определения тактики дальнейшего обследования и лечения.
Анамнез жизни
Сопутствующая патология: нет Наследственность не отягощена.
Гинекологический анамнез: менструации с 13 лет, цикл регулярный, роды: 2, аборт: 1 Аллергии на лекарственные препараты, пищевые продукты, аэрозоли отрицает. Профессиональные вредности не отмечены.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Вес 58 кг, рост 165 см. Температура тела

36,6°С. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 15 в минуту. ЧДД 16 уд в мин, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 115/75 мм рт. ст. Костно-мышечный аппарат без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул регулярный, без патологических примесей.
Основным методом верификации новообразования молочной железы на амбулаторном этапе является

- 50
- 35
- 54
- 45

Результаты обследования

Основным методом дополнительного исследования гистологического материала, необходимым для уточнения биологического подтипа опухоли и определения тактики лечения, является

- 50
- 35
- 54
- 45

Результаты обследования

Стандартом инструментальной диагностики, позволяющим исключить наличие отдаленных метастазов при раке молочной железы, является

- 50
- 35
- 54
- 45

Результаты обследования

Клиническая стадия заболевания по TNM у данной пациентки при выявлении первичной опухоли молочной железы максимальным размером 9 мм и отсутствием метастатических лимфоузлов в регионарных лимфоузлах соответствует

- 50
- 35
- 54
- 45

Диагноз

В соответствии с группировкой по стадиям у пациентки +____+ стадия заболевания

- 0
- IA
- IB
- IIA

Пациентке с опухолью молочной железы стадии IA (T~1~~b~N~0~M~0~) на первом этапе показано проведение

- хирургического лечения
- химиотерапии
- гормонотерапии
- радикальной лучевой терапии

Пациентке с опухолью молочной железы (люминальный тип А), PT1BPN0CM0) после выполнения хирургического лечения (секторальная резекция с биопсией сторожевого лимфоузла) показано проведение послеоперационного курса +_____+ лучевой терапии

- конформной дистанционной
- контактной
- стереотаксической
- сочетанной

На весь объем оперированной молочной железы подводится СОД +_____+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 54-56
- 46-50
- 30-36
- 40-44

При формировании облучаемого объема после органосохраняющих резекций PTV формируют с отступом от GTV на (в мм)

- 12
- 10
- 5
- 8

Учитывая проведенное интраоперационное клипирование ложа опухоли и молодой возраст (33 года), пациентке показано проведение дополнительного локального воздействия («буст») на ложе удаленной

опухоли методом дистанционной лучевой терапии до СОД +____+ Гр за 4-8 фракций

- 20-24
- 10-16
- 4-8
- 2-4

После завершения адъювантной химиотерапии пациентке с гормонозависимой опухолью рекомендовано проведение

- поддерживающей химиотерапии
- иммунотерапии
- адъювантной таргетной терапии
- адъювантной гормонотерапии

После окончания лечения рекомендуется проводить осмотр до +____+ раз в год в течение первых 5 лет наблюдения

- поддерживающей химиотерапии
- иммунотерапии
- адъювантной таргетной терапии
- адъювантной гормонотерапии

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 64 лет обратилась к врачу-онкологу за консультацией.
Жалобы
На скудный стул с примесью слизи и крови, боль после дефекации, снижение веса за последние 6 месяцев на 10 кг.
Анамнез заболевания
Указанные жалобы отмечает в течение последних 6 месяцев. Обратилась в поликлинику по месту жительства, выявлена опухоль прямой кишки. Направлена к врачу-онкологу. Проведено обследование. Колоноскопия: Слизистая толстой кишки на всем протяжении не изменена, опухолевых образований не выявлено. В прямой кишке (на 6 часах в положении пациентки на спине) объемное образование блюдцеобразной формы с изъязвлением по центру, занимающее ⅓ окружности, размерами 2,5×3,5 см. Дистальный край опухоли на расстоянии 8 см от ануса, проксимальный край опухоли на расстоянии 12 см от ануса. При гистологическом исследовании биоптата из опухоли: аденокарцинома. При КТ грудной клетки и брюшной полости патологических изменений не выявлено. С результатами обследования обратилась к врачу-онкологу для определения тактики обследования.
Анамнез жизни
Сопутствующая патология: Сахарный диабет 2 типа в течение 6 лет, принимает

метформин. Перенесенные операции: аппендэктомия в возрасте 29 лет. Наследственность не отягощена. Аллергии на лекарственные препараты, пищевые продукты, аэрозоли отрицает. Профессиональные вредности не отмечены. Не курит. Алкоголь не употребляет. Психических отклонений нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°С. Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД 16 уд в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 130/80 мм рт. ст. Костно-мышечный аппарат без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Лимфатические узлы нормальных размеров. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул учащен, маленькими порциями с примесью слизи и крови. Дефекация умеренно болезненная. Per rectum: перианальная область не изменена, спавшиеся геморроидальные узлы, на 5 см от входа в анус по задне-левой стенке пальпируется опухолевое образование размерами около 3 см, слизистая подвижная.

Инструментальным методом обследования, позволяющим определить локализацию, протяженность и глубину инвазии опухоли, оценить состояние регионарных лимфатических узлов, является

- поддерживающей химиотерапии
- иммунотерапии
- адъювантной таргетной терапии
- адъювантной гормонотерапии

Результаты обследования

По данным обследования у пациентки рак среднеампуллярного отдела прямой кишки стадии

- поддерживающей химиотерапии
- иммунотерапии
- адъювантной таргетной терапии
- адъювантной гормонотерапии

Диагноз

В соответствии с группировкой по стадиям у пациентки +____+ стадия заболевания

- IIIA
- IIC
- IIIC
- IIIB

Учитывая стадию заболевания IIIA, пациентке показано на предоперационном этапе проведение

- гормонотерапии
- химиотерапии
- таргетной терапии
- химиолучевого лечения

При проведении предоперационной химиолучевой терапии рака прямой кишки СОД на первичную опухоль должна составлять +____+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 50-54
- 60-66
- 44-46
- 30-36

При проведении предоперационной химиолучевой терапии рака прямой кишки СОД на зоны регионарного метастазирования должна составлять +____+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 44
- 50
- 60
- 36

При проведении химиолучевого предоперационного лечения рака прямой кишки лучевая терапия проводится на фоне монохимиотерапии

- хлорэтиламинами
- фторпиримидинами
- комплексными соединениями платины
- антагонистами фолиевой кислоты

При проведении предоперационной лучевой терапии рака прямой кишки возможно проведение дистанционной конформной лучевой терапии с РОД 5 Гр до СОД +____+ Гр на первичную опухоль и зоны регионарного метастазирования

- 15
- 25
- 35
- 30

При проведении лучевой терапии рака прямой кишки краниальной границей объема облучения служит

- верхний край L4

- верхний край крестца
- нижний край L2
- верхний край L3

При проведении лучевой терапии рака прямой кишки объем мочевого пузыря (QUANTEC, RTOG 0529), получающий дозу 65 Гр (V65) должен быть меньше +_____+ (в процентах)

- 50
- 64
- 56
- 60

При проведении лучевой терапии рака прямой кишки D~max~ на тонкую кишку (QUANTEC) должна быть меньше +_____+ (в Гр)

- 56
- 60
- 50
- 64

После окончания лечения рекомендуется в течение первых 2 лет наблюдения проводить физикальный осмотр и сбор жалоб каждые +____ _____+ (в месяцах)

- 56
- 60
- 50
- 64

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 56 лет обратился к врачу-онкологу.
Жалобы
На общую слабость, болезненность в промежности в положении сидя.
Анамнез заболевания
Месяц назад заметил однократное появление примеси крови в стуле. Обратился к врачу-проктологу по месту жительства. При пальцевом исследовании заподозрена опухоль прямой кишки. Выполнена колоноскопия, на расстоянии 10 см от зубчатой линии на 7 часах условного циферблата экзофитная опухоль до 6 см на широком основании, умеренно кровоточит при контакте. Эндоскоп проходит за проксимальный край опухоли. Выполнена биопсия опухоли. При патоморфологическом исследовании - низкодифференцированная аденокарцинома. При дальнейшем дообследовании: Рентгенография ОГК и УЗИ органов брюшной полости - очаговой патологии не выявлено. ОСГ – данных за

метастатическое поражение скелета не получено. Обратился к врачу-онкологу для определения тактики дообследования и лечения.

Анамнез жизни

Сопутствующая патология: Сахарный диабет 2 типа в течение 6 лет, принимает метформин. Перенесенные операции: аппендэктомия в возрасте 12 лет. Наследственность не отягощена. Аллергии на лекарственные препараты, пищевые продукты, аэрозоли отрицает. Профессиональные вредности не отмечены. Курит в течение 30 лет. Алкоголь употребляет умеренно. Психических отклонений нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 175 см. Температура тела 36,6°С. Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД 16 уд в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 130/80 мм рт. ст. Костно-мышечный аппарат без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Лимфатические узлы нормальных размеров. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул учащен, маленькими порциями с примесью слизи и крови. Дефекация умеренно болезненная. Per rectum: перианальная область не изменена, спавшиеся геморроидальные узлы, на 10 см от входа в анус по задней стенке пальпируется опухолевое образование.

Инструментальным методом обследования, позволяющим определить локализацию, протяженность и глубину инвазии опухоли, оценить состояние регионарных лимфатических узлов, является

- 56
- 60
- 50
- 64

Результаты обследования

По данным обследования у пациента рак верхнеампулярного отдела прямой кишки стадии

- 56
- 60
- 50
- 64

Диагноз

В соответствии с группировкой по стадиям у пациента +____+ стадия заболевания

- IIIA
- IIIC
- IIIB
- IVA

Учитывая стадию заболевания T4aN2bM0, пациенту на первом этапе показано проведение

- симптоматической терапии
- химиотерапии
- химиолучевого лечения
- хирургического лечения

При проведении предоперационной химиолучевой терапии рака прямой кишки СОД на первичную опухоль должна составлять +_____+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 60-66
- 30-36
- 50-54
- 44-46

При проведении предоперационной химиолучевой терапии рака прямой кишки СОД на зоны регионарного метастазирования должна составлять +____+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 44
- 50
- 60
- 36

При проведении химиолучевого предоперационного лечения рака прямой кишки лучевая терапия проводится на фоне монохимиотерапии

- антагонистами фолиевой кислоты
- комплексными соединениями платины
- хлорэтиламинами
- фторпиримидинами

При проведении предоперационной лучевой терапии рака прямой кишки возможно проведение дистанционной конформной лучевой терапии с РОД 5 Гр до СОД +____+ Гр на первичную опухоль и зоны регионарного метастазирования

- 15
- 30
- 35

- 25

При проведении лучевой терапии рака прямой кишки при локализации опухоли в верхнеампулярном отделе каудальная граница облучения должна проходить на +___+ см выше наружного сфинктера

- 5
- 4
- 6
- 2

При проведении лучевой терапии рака прямой кишки объем головки бедренной кости (RTOG 0529), получающий дозу 30 Гр (V30) должен быть меньше +_____+ (в процентах)

- 50
- 60
- 64
- 56

При проведении лучевой терапии рака прямой кишки D~max~ на тонкую кишку (QUANTEC) должна быть меньше +_____+ (в Гр)

- 60
- 56
- 64
- 50

После окончания лечения рекомендуется в течение первых 2 лет наблюдения проводить физикальный осмотр и сбор жалоб каждые +_____+ (в месяцах)

- 60
- 56
- 64
- 50

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 64 лет обратилась к врачу-онкологу за консультацией.
Жалобы
На скудный стул с примесью слизи и крови, запоры, боль при дефекации, снижение веса за последние 6 месяцев на 10 кг.
Анамнез заболевания
Указанные жалобы отмечает в течение последних 9 месяцев. Обратилась в

поликлинику по месту жительства, выявлена опухоль прямой кишки. Направлена к врачу-онкологу. Проведено обследование. Колоноскопия: Слизистая толстой кишки на всем протяжении не изменена, опухолевых образований не выявлено. В прямой кишке (на 6 часах в положении пациентки на спине) объемное образование блюдцеобразной формы с изъязвлением по центру, занимающее ⅔ окружности, размерами 4,5×3,5 см. Дистальный край опухоли на расстоянии 6 см от ануса, проксимальный край опухоли на расстоянии 12 см от ануса. Обращает на себя внимание несмещаемость опухоли при исследовании. При гистологическом исследовании биоптата из опухоли: аденокарцинома умеренной дифференцировки. При КТ грудной клетки и брюшной полости, остеосцинтиграфии патологических изменений не выявлено. С результатами обследования обратилась к онкологу для определения тактики обследования.

Анамнез жизни

Сопутствующая патология: Сахарный диабет 2 типа в течение 6 лет, принимает метформин. Перенесенные операции: аппендэктомия в возрасте 29 лет. Наследственность не отягощена. Аллергии на лекарственные препараты, пищевые продукты, аэрозоли отрицает. Профессиональные вредности не отмечены. Не курит. Алкоголь не употребляет. Психических отклонений нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 72 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6°С. Кожа и видимые слизистые чистые, нормальной окраски. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД 16 уд в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 130/80 мм рт. ст. Костно-мышечный аппарат без патологии. Щитовидная железа не увеличена. Лимфатические узлы нормальных размеров. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул учащен, маленькими порциями с примесью слизи и крови. Дефекация умеренно болезненная. Per rectum: перианальная область не изменена, спавшиеся геморроидальные узлы, на 8 см от входа в анус по задне-левой стенке пальпируется опухолевое образование размерами около 4 см. Обращает на себя внимание несмещаемость опухоли при исследовании.

Инструментальным методом обследования, позволяющим определить локализацию, протяженность и глубину инвазии опухоли, оценить состояние регионарных лимфатических узлов, является

- 60
- 56
- 64
- 50

Результаты обследования

По данным обследования у пациентки рак среднеампуллярного отдела прямой кишки стадии

- 60
- 56
- 64
- 50

Диагноз

В соответствии с группировкой по стадиям у пациентки +____+ стадия заболевания

- IVA
- IIIA
- IIIC
- IIIB

Учитывая стадию заболевания IIIC (T4bN2bM0), пациентке показано на первом этапе проведение

- крупнофракционной лучевой терапии
- хирургического лечения с последующей химиотерапией
- симптоматического лечения
- мелкофракционной лучевой терапии в комбинации с химиотерапией

СОД на первичный очаг в данной клинической ситуации должна быть не меньше (в Гр)

- 46
- 36
- 50
- 40

При технической возможности использования линейных ускорителей в режиме многопольного облучения с защитой окружающих тканей IMRT, VMAT СОД на первичный очаг может быть увеличена до +_____+ (в Гр)

- 74
- 58
- 66
- 70

При проведении химиолучевого лечения рака прямой кишки в данном клиническом случае лучевая терапия проводится в комбинации с химиотерапией

- хлорэтиламинами
- комплексными соединениями платины
- антагонистами фолиевой кислоты
- фторпиримидинами

После завершения курса химиолучевого лечения контроль МРТ малого таза для оценки операбельности опухоли выполняется через +_____+ (в неделях)

- 3-4
- 14-16
- 5-6
- 10-12

При проведении лучевой терапии рака прямой кишки краниальной границей объема облучения служит

- нижний край L2
- верхний край L4
- верхний край крестца
- верхний край L3

При проведении лучевой терапии рака прямой кишки объем мочевого пузыря (QUANTEC, RTOG 0529), получающий дозу 65 Гр (V65) должен быть меньше +_____+ (в процентах)

- 50
- 64
- 56
- 60

При проведении лучевой терапии рака прямой кишки D~max~ на тонкую кишку (quantec) должна быть меньше +_____+ (в Гр)

- 60
- 50
- 64
- 56

После окончания лечения рекомендуется в течение первых 2 лет наблюдения проводить физикальный осмотр и сбор жалоб каждые +_____+ (в месяцах)

- 60
- 50
- 64
- 56

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 82 лет обратилась к радиотерапевту.
Жалобы
На наличие опухоли кожи правой скуловой области.
Анамнез заболевания
Указанное образование существует около 10 лет. В течение последних 2-х лет отмечает рост образования и появление изъязвления. Обратилась к онкологу по месту жительства, выполнен соскоб с поверхности, при цитологическом исследовании: базальноклеточный рак кожи. Консультирована хирургом, учитывая выраженную сопутствующую кардиальную патологию, хирургическое лечение не показано. Обратилась к радиотерапевту для дообследования и определения тактики лечения.
Анамнез жизни
Аллергоанамнез не отягощен. Травм не отмечает. Перенесенные операции отрицает. С профессиональными вредностями в работе не сталкивалась. Хронические заболевания: Инфаркт миокарда в возрасте 72 лет, гипертоническая болезнь, хроническая ишемическая болезнь сердца, кардиомегалия, варикозная болезнь нижних конечностей. Наследственность не отягощена. Вредные привычки отрицает.
Объективный статус
Состояние удовлетворительное. Вес 83 кг, рост 165 см. Температура тела 36,6^0^C. Дыхание через нос свободное. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 15 в минуту. ЧДД 16 уд в мин, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 72 уд в мин, АД 145/70 мм рт. ст. Костно-мышечный аппарат без патологии.Щитовидная железа не увеличена.Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул регулярный, без патологических примесей. Местный статус: На коже правой суборбитальной области определяется опухолевое образование размером 25х30 мм, выступает над поверхностью кожи на 3мм. В центре опухоли язва, дно которой покрыто некротическими массами. Края изъязвления плотные. Периферические лимфатические узлы не увеличены.
При подозрении на базальноклеточный рак кожи на первом этапе обследования рекомендуется выполнить

- 60
- 50
- 64
- 56

Результаты обследования

При клинически установленных стадиях III-IV рекомендовано выполнить +_____+ пораженной области

- 60

- 50
- 64
- 56

Результаты обследования

Стадия заболевания по TNM у данной пациентки

- T1N1M0
- T3N0M0
- T3N1M0
- T2N0M0

В соответствии с группировкой по стадиям у пациентки +_____+ стадия заболевания

- I
- II
- IVA
- III

Учитывая локализацию опухоли в правой скуловой области, у пациентки +_____+ риск рецидива

- очень высокий
- высокий
- промежуточный
- низкий

Учитывая невозможность выполнить хирургическое удаление опухоли в связи с выраженной сопутствующей патологией, пациентке показано проведение

- фотодинамической лазерной терапии
- электрокоагуляции
- лучевой терапии
- криодеструкции

Учитывая стадию заболевания, при проведении лучевой терапии с РОД 2 Гр, СОД составляет +__+ Гр

- 54-56
- 44-50
- 36-40
- 60-70

Учитывая стадию заболевания, при проведении лучевой терапии с РОД 3 Гр, СОД составляет +____+ Гр

- 36
- 39
- 45
- 51

При проведении лучевой терапии базальноклеточного рака кожи отступ от видимых границ опухоли для опухолей больше 2 см в диаметре должен составлять +____+ мм

- 25
- 5
- 13
- 7

При проведении конформной дистанционной лучевой терапии базальноклеточного рака кожи для предотвращения недооблучения поверхностной части опухоли рекомендовано применение

- фиксации термопластической маской
- тканеэквивалентного болюса
- гипертермии
- радиомодификации

Для профилактики лучевого дерматита рекомендовано

- проведение низкоинтенсивной лазерной терапии
- проведение сопутствующей терапии вазоактивными препаратами
- проведение иглорефлексотерапии
- снижение уровня СОД

При III-IV стадии заболевания в первые 3 года наблюдения физикальный осмотр и УЗИ регионарных лимфатических узлов следует проводить каждые +___+ месяца/месяцев

- проведение низкоинтенсивной лазерной терапии
- проведение сопутствующей терапии вазоактивными препаратами
- проведение иглорефлексотерапии
- снижение уровня СОД

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 64 лет обратился к радиотерапевту для консультации.
Жалобы
На слабость в левых конечностях, общую слабость, неуверенность при ходьбе.

Анамнез заболевания

Три месяца назад почувствовал резкий приступ боли сжимающего характера в области затылка. Измерил АД, результат 170/100. Через пару часов отметил мелкое нарушение речи, которое вскоре самостоятельно регрессировало. К врачам не обращался. Месяц назад на фоне благополучного состояния у пациента развился приступ слабости и подергиваний в левых конечностях. Был госпитализирован в ГКБ с подозрением на ОНМК. При обследовании выявлена внутримозговая опухоль в задних отделах правой височной доли. МРТ головного мозга: Справа в теменно-височно-затылочной области определяется дополнительное подкапсульное кистозное образование размером 52,7х42,5х53,6 мм, окруженное зоной перифокального отека. Срединные структуры смещены влево на 7,5 мм. Боковые желудочки обычной формы, размеров, ассиметричные за счет деформации правого бокового желудочка. На первом этапе пациенту было проведено хирургическое лечение в объеме удаления новообразования правой лобной доли головного мозга с применением микрохирургической техники и интраоперационной нейронавигации. При гистологическом исследовании: глиобластома NOS, CNS WNO GradeIV. Послеоперационный период без осложнений. Обратился за консультацией к радиотерапевту для определения тактики дальнейшего лечения.

Анамнез жизни

Перенесенные заболевания: Артериальная гипертензия 2 ст. Травмы: не было. Перенесенные операции: по поводу основного заболевания. Наследственность: не отягощена. Аллергии на лекарственные препараты, пищевые продукты, аэрозоли отрицает. Профессиональные вредности не отмечены. Вредные привычки: Не курит. Алкоголем не злоупотребляет. Наркотики не употребляет. Психических отклонений нет.

Объективный статус

Состояние удовлетворительное. Вес 95 кг, рост 178 см. ИМТ 30 кг/м^2^. ППТ 2,17 м^2^. Температура тела 36,6^0^С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски. Периферические лимфоузлы не увеличены. Щитовидная железа не увеличена. Носовое дыхание не затруднено. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧДД 17 в мин. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 76 уд в мин, АД 135/90 мм рт. ст. Живот правильной формы, при пальпации мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Стул регулярный, оформленный, без патологических примесей. Неврологический статус: Сознание ясное. Ограничения движения глазных яблок нет. Зрачки OD=OS. Глазные щели ровные. Конвергенция (прямая и содружественная) в норме. Нистагма нет. Левосторонняя гемианопсия. Чувствительность на лице не нарушена. Болезненности при пальпации тригеминальных точек нет. Слух не снижен. Симптомов орального автоматизма нет. Признаков расстройства фонации нет. Язык по средней линии. Вкус не изменен. Мышечный тонус в норме с обеих сторон. Сила в конечностях D=S. Патологических рефлексов нет. Экстрапирамидные нарушения: тремор в левой руке. Афастические нарушения отсутствуют. Менингиальной симптоматики

нет. Письмо, счет замедлены, сохранены. Когнетивно-мнестические нарушения умеренно выражены. Общемозговая симптоматика отсутствует. Шаткость походки.

Стандартом диагностического обследования пациентов с первичными опухолями ЦНС является

- проведение низкоинтенсивной лазерной терапии
- проведение сопутствующей терапии вазоактивными препаратами
- проведение иглорефлексотерапии
- снижение уровня СОД

Результаты обследования

Для первичных опухолей ЦНС одним из наиболее важных классификационных признаков является (-ются)

- проведение низкоинтенсивной лазерной терапии
- проведение сопутствующей терапии вазоактивными препаратами
- проведение иглорефлексотерапии
- снижение уровня СОД

Результаты обследования

Для уточнения прогноза дополнительно рекомендовано определение

- мутации гена IDH-1 и метилирования гена MGMT
- опухолевых маркеров АФП, ХГЧ
- коделеции 1p/19q
- рецепторов эстрогенов и прогестеронов

На втором этапе лечения пациенту показано проведение

- химиолучевого лечения
- повторного хирургического лечения для достижения радикальности
- системной химиотерапии
- химиоэмболизации остаточной опухоли

СОД на область остаточной опухоли и ложе опухоли должна составлять +___+ Гр при стандартном фракционировании дозы

- 54
- 60
- 56
- 66

Химиолучевая терапия при глиобластоме головного мозга проводится с препаратом

- темозоломид
- хлорамбуцил
- капецитабин
- сарколизин

Интервал после операции до начала лучевого лечения должен быть не более +___+ недель

- 8
- 10
- 6
- 12

При планировании лучевой терапии для уточнения границ остаточной опухоли рекомендовано использовать данные

- МСКТ с фиксацией головы
- МРТ с контрастом
- ПЭТ/КТ с флудезоксиглюкозой
- МСКТ с контрастом

Максимальная допустимая доза (_dmax_) хрусталик (как орган риска) в соответствии с параметрами оптимизации _quantec_ должна быть < +___+ Гр

- 14
- 10
- 26
- 20

Максимальная допустимая доза (_dmax_) на зрительный нерв, хиазму (как органы риска) в соответствии с параметрами оптимизации _quantec_ должна быть < +____+ Гр

- 54
- 64
- 50
- 60

Пациентам с глиомой высокой степени злокачественности (Grade III-IV) старше 60 лет и/или с индексом Карновского 60% и ниже лучевая терапия может проводиться в режиме гипофракционирования, например: 15 фракций до СОД +_____+ Гр

- 51
- 57
- 54

- 45

При контрольном обследовании для дифференциации постлучевых изменений и продолженного роста опухоли целесообразно использовать

- 51
- 57
- 54
- 45

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Мужчина 77 лет обратился к врачу-онкологу.
Жалобы
Учащенное мочеиспускание вялой струёй мочеиспускание до 10 раз в сутки, никтурия до 4 раз.
Анамнез заболевания
При обследовании в поликлинике по месту жительства выявлен повышенный уровень ПСА до 18,5 нг/мл. Выявлена аденокарцинома, индекс Глисона 9 (4+5). Остеосцинтиграфия: Без очаговой патологии. Рентген грудной клетки - без признаков метастазирования в кости и легкие. УФМ: Макс поток 9 мл/сек. Остаточной мочи 70 мл.
Анамнез жизни
В анамнезе 2 ОНМК за прошедший год и стентирование коронарных артерий 2 года назад в связи с перенесенным ИМ.
Объективный статус
Состояние пациента на момент осмотра относительно удовлетворительное. Вес 82 кг, рост 176 см. Температура тела 36,5°С. Кожные покровы и видимые слизистые физиологической окраски, высыпаний нет. Дыхание через нос свободное. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Тип дыхания грудной, дыхательные движения ритмичные, средней глубины, обе половины грудной клетки одинаково участвуют в акте дыхания. ЧД – 16 в минуту. Гемодинамические показатели стабильные, тоны сердца ясные, ритм правильный, ЧСС 76 уд в мин, АД 133/80 мм рт. ст. Живот не вздут, не напряжен, при пальпации безболезненный. Перитонеальных симптомов нет. Мочеиспускание самостоятельное, учащенное в ночные часы, безболезненное. Стул регулярный, оформленный.
Основным физикальным методом обследования для постановки диагноза является

- 51
- 57
- 54
- 45

Результаты обследования

При лабораторной диагностике для постановки диагноза рекомендовано

- 51
- 57
- 54
- 45

Результаты обследования

Инструментальным методом обследования, позволяющим выявить патологические участки в предстательной железе для повышения точности трансректальной биопсии предстательной железы, является

- 51
- 57
- 54
- 45

Результаты обследования

Для определения распространенности первичной опухоли показано проведение

- 51
- 57
- 54
- 45

Результаты обследования

Согласно проведенному диагностическому обследованию пациенту поставлен диагноз рак предстательной железы стадии

- cT3aN0M0
- cT2cN0M0
- cT3bN0M0
- cT1NxM0

Учитывая стадию заболевания (t2cn0m0), инициальный уровень ПСА (18,5 нг/мл), сумму баллов по Глисону (9), пациент относится к группе +____+ риска развития рецидива

- очень высокого
- промежуточного
- высокого
- низкого

В данном клиническом случае в связи с соматическим статусом пациента выполнение радикальной простатэкитомии противопоказано, в связи с этим рекомендовано проведение

- брахитерапии
- трансректальной резекции опухоли
- радикального курса лучевой терапии
- активного наблюдения у врача по месту жительства

Учитывая высокий риск прогрессирования, рекомендовано в объем облучения в данной клинической ситуации включить

- предстательную железу и тазовые лимфатические узлы
- предстательную железу, семенные пузырьки и тазовые лимфатические узлы
- предстательную железу и семенные пузырьки
- предстательную железу

Учитывая высокий риск прогрессирования, рекомендовано проводить +_____+ гормональную терапию

- адъювантную
- неоадъювантную, сопутствующую и адъювантную
- сопутствующую
- неоадъювантную

Учитывая высокий риск прогрессирования, рекомендовано проведение конформной лучевой терапии до СОД +____+ Гр

- 56-60
- 70-72
- 60-66
- 74-81

При эскалации СОД > 74 Гр для снижения риска развития лучевых осложнений рекомендовано применение технологии лучевой терапии

- сочетанной
- конвенциальной
- брахитерапии
- _IMRT/IGRT_

О возможности рецидива свидетельствуют +_____+ последовательных повышения/повышений пса после надира

- сочетанной
- конвенциальной
- брахитерапии

- _IMRT/IGRT_

Условие ситуационной задачи

Ситуация
Женщина 58 лет, в течение последних месяцев отмечает жалобы на выделение слизи и крови из прямой кишки, дискомфорт, зуд в прямой кишке. Обратилась в клинику для диагностики заболевания.
Жалобы
на выделение слизи и крови из прямой кишки, дискомфорт, зуд в прямой кишке.
Анамнез заболевания
Считает себя больной на протяжении трех месяцев, когда появились жалобы на выделение крови при дефекации, выделение слизи из прямой кишки, дискомфорт, зуд в прямой кишке после дефекации. Обратилась в клинику для диагностики заболевания.
Анамнез жизни
* Росла и развивалась в соответствии с возрастными нормами. * Социально-бытовой анамнез не отягощен.
Объективный статус
* Состояние удовлетворительное. Вес 55 кг, рост 156 см. Температура тела 36,6°С. * Кожные покровы физиологической окраски. Влажность умеренная. Подкожно-жировой слой выражен умеренно. Регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Отеков нет. * Дыхание через нос свободное. Грудная клетка симметричная, обе половины ее одинаково участвуют в дыхании. При перкуссии над всей поверхностью легких - легочный звук. При аускультации дыхание везикулярное над всей поверхностью легких, хрипов нет. ЧД – 20 в минуту. * Гемодинамические показатели стабильные, Область сердца не изменена. При аускультации тоны сердца ясные, ритмичные. На сосудах шумы не прослушиваются. ЧСС 70 уд в мин, АД 115/80 мм рт.ст. * Живот овальный, симметричный, мягкий, безболезненный при пальпации. Печень не увеличена. Стул регулярный, полуоформленный, с примесями слизи и вкраплениями крови. Почки и мочевой пузырь не пальпируются. Мочеиспускание свободное, безболезненное. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон.
Основными методами физикального обследования у данной пациентки являются

- сочетанной
- конвенциальной
- брахитерапии
- _IMRT/IGRT_

Результаты обследования

Основным инструментальным методом обследования пациентки для постановки диагноза является

- сочетанной
- конвенциальной
- брахитерапии
- _IMRT/IGRT_

Результаты обследования

Основным методом диагностики с целью морфологической верификации опухоли является

- сочетанной
- конвенциальной
- брахитерапии
- _IMRT/IGRT_

Результаты обследования

Дополнительным методом инструментального обследования для постановки окончательного диагноза является

- сочетанной
- конвенциальной
- брахитерапии
- _IMRT/IGRT_

Результаты обследования

С учетом проведенных пациентке обследований диагнозом является +_____+ , стадия IIA, II кл. группа

- сочетанной
- конвенциальной
- брахитерапии
- _IMRT/IGRT_

Диагноз

Основным методом лечения пациентки с неметастатическим плоскоклеточным раком анального канала является

- таргетная терапия
- хирургическое лечение
- динамическое наблюдение
- химиолучевая терапия

Согласно клиническим рекомендациям Министерства здравоохранения Российской Федерации, одним из оптимальных методов лучевой терапии для подобных ситуаций является

- радионуклидная терапия
- модулированная по интенсивности лучевая терапия (IMRT)
- брахитерапия
- конвенциональная лучевая терапия с 2D-планированием

Оптимальная суммарная очаговая доза на первом этапе лучевой терапии на первичную опухоль и зону регионарного метастазирования (тазовые и паховые лимфоузлы) составляет (в Гр)

- 40–46
- 30-36
- 56-58
- 50-54

Оптимальная суммарная очаговая доза при проведении второго этапа лучевой терапии (буст) на опухоль в данной ситуации должна составлять (в Гр)

- 60-64
- 70-74
- 30-34
- 50-54

После завершения лечения по поводу рака анального канала динамическое наблюдение в первые 2 года рекомендуется проводить с периодичностью 1 раз в (в месяцах)

- 9
- 12
- 6
- 3

Если при контрольном обследовании спустя 8 месяцев после окончания химиолучевой терапии по данным магнитно-резонансной томографии органов малого таза выявлен рецидив опухоли в стенке кишки, то дальнейшей тактикой лечения является

- повторный курс химиолучевой терапии
- дистанционная лучевая терапия
- химиотерапия
- хирургическое лечение рецидива

Если при дальнейшем наблюдении после проведения хирургического лечения отмечается прогрессирование заболевания в виде множественных отдаленных метастазов в печень, легкие, головной мозг, то дальнейшей тактикой лечения является

- стереотаксическая терапия на область всех метастазов
- паллиативная химиотерапия
- динамическое наблюдение
- хирургическое лечение метастазов