

**ДИСЦИПЛИНА «ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ»
СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.05.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»**

***Примерный перечень вопросов и ситуационных задач для подготовки к
промежуточной аттестации
(в форме зачета) Раздел 2. Онкология. Часть 2:***

Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода)

1. Какие факторы риска развития рака пищевода вы знаете?
2. Какие методы используются для диагностика рака пищевода?
3. Какие степени дисфагии существуют?
4. Какие методы лечения используются при раке пищевода?
5. От чего зависит развитие рака пищевода у курильщика?

Задача №1

Больной Г. 49 лет, механик, курит 15 лет. Из анамнеза: ахалазия кардии. Жалобы на затруднение прохождения твердой пищи, которую приходится запивать водой. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии. При рентгенологическом исследовании пищевода: в верхней трети имеется сужение просвета на протяжении 6 см, деформация контуров пищевода.

Предварительный диагноз. Какая степень дисфагии у больного? Какое обследование необходимо выполнить для морфологической верификации диагноза? Какой объем лечения возможен? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте дообследование.

Задача №2

Больная Д. 60 лет, учительница, курит 20 лет. Из анамнеза: ахалазия кардии. Жалобы на срыгивание. Питается полужидкой пищей. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. При рентгенологическом исследовании пищевода: в нижней трети имеется сужение просвета на протяжении 4 см, деформация контуров пищевода.

Предварительный диагноз. Какая степень дисфагии у больной? Какое обследование необходимо выполнить для морфологической верификации диагноза? Какие органы могут поражаться при данном заболевании? Назначьте дообследование. Какой объем лечения возможен?

Задача №3

Больной К. 65 лет. Курит 40 лет. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи, которую приходится запивать водой. За последние 3 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии. При рентгенологическом исследовании пищевода: в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 30 см от передних резцов по задней стенке имеется экзофитное образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см. Биопсия.

Предположительный диагноз. Какая степень дисфагии у больного? Какое гистологическое заключение вы ожидаете? Назначьте дообследование. Какой объем лечения возможен?

Задача №4

Больная К. 63 лет. В анамнезе: синдром Пламмера-Винсона. Жалобы на затруднение глотания даже жидкой пищи, усиленное слюноотделение, рвоту. За последние 3 месяца похудела на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Эзофагоскопия: в верхнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,3 см. Биопсия. Сканирование костей скелета – без патологии. УЗИ брюшной полости: без патологии.

Предварительный диагноз. Какая степень дисфагии у больной? Какое заключение гистологов вы ожидаете? Какие признаки данного заболевания будут обнаружены при рентгенологическом исследовании пищевода?

Задача №5

Больной М. 67 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на усиленное слюноотделение, охриплость голоса, слабость, похудание. Питается полужидкой пищей. Объективно: в надключичных областях пальпируются увеличенные лимфоузлы, до 1,5 в диаметре, плотные, несмещаемые. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование пищевода: в шейном отделе пищевода имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в шейном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,3 см, опухоль протяженностью 5 см. Биопсия.

Предварительный диагноз. Какая степень дисфагии у больного? Какое осложнение возникло у данного больного? С чем следует проводить дифференциальный диагноз? Какое заключение гистологов вы ожидаете? Какое лечение возможно?

Опухоли пищеварительного тракта (рак желудка)

1. Уровень каких опухолевых маркеров может быть повышен при раке желудка?
2. Что такое метастаз Вирхова?
3. Дайте определение дисплазии желудка.
4. Факторы риска развития рака желудка?
5. Какие существуют предраковые заболевания желудка?

Задача №1

Больная Е. 55 лет, учительница. Отец умер от рака желудка. В анамнезе хронический анацидный гастрит в течение 15 лет. Жалобы на боли в эпигастриальной области, отрыжку воздухом с тухлым запахом, иногда рвоту съеденной накануне пищей. Похудела за последние 3 месяца на 7 кг. Гастроскопия: пищевод без патологии, в желудке атрофия слизистой, картина атрофического гастрита, в нижней трети просвет сужен за счет инфильтрации по большой и малой кривизне до средней трети. Биопсия. Гистологическое исследование: перстневидно-клеточный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №2

Больной К. 74 лет, хирург. Жалобы на снижение аппетита, затруднение глотания. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий,

доступен пальпации, отмечается незначительная болезненность в эпигастральной области. Рентгенологически: сужение просвета верхней трети желудка с переходом на розетку кардии. ЭГДС: слизистая верхней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, отмечается сужение розетки кардии, инфильтрация распространяется на пищевод. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, забрюшинных лимфоузлов не выявлено.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №3

Больная В. 62 лет, профессор орнитологии. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области. Объективно: увеличены надключичные лимфоузлы слева, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно - дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение не готово. УЗИ брюшной полости: в печени имеется 3 округлых образования, без четких границ, размерами до 2 см в диаметре, забрюшинное пространство без очаговых образований, в брюшной полости определяется свободная жидкость.

Диагноз? Стадия. Лечебная тактика?

Задача №4

Больная В. 62 лет, семейный анамнез отягощен. Отец умер от рака желудка, мать –рак молочной железы. Жалобы на похудание, тошноту, боли в эпигастральной области. В анамнезе хронический гастрит в течение 15 лет. Объективно: увеличены подмышечные лимфоузлы слева, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно - дыхание проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, безболезненный. Предположительный диагноз? Объем обследования. Какие опухоли метастазируют в подмышечные лимфоузлы?

Задача №5

Больной Щ. 41 лет. В анамнезе: в течении 5 лет лечился по поводу язвенной болезни желудка, анемии. Похудел за последние 2 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастрии. При обследовании: в легких - без патологии; пищевод не изменен, в нижней трети желудка по малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой оболочки. ЭГДС: пищевод без патологии, по малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль, доходящая до привратника, при пальпации кровоточит. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: печень, почки без патологии, определяются увеличенные лимфоузлы вдоль большой кривизны желудка, очаги инфильтрации по брюшине.

Диагноз? Лечебная тактика? Какое необходимо дополнительное исследование провести в данном случае?

Опухоли пищеварительного тракта (опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)

1. Назовите регионарные лимфоузлы при раке поджелудочной железы.
2. Какие исследования помогают определить резектабельность или операбельность рака поджелудочной железы?

3. Какие объемы хирургического вмешательства могут выполняться при раке желчного пузыря?
4. Перечислите факторы риска развития рака поджелудочной железы.
5. Какие существуют группы риска развития рака фатерова соска?

Задача №1

Больной А. 56 лет, профессор истории. Жалобы на похудание, тошноту, редко рвоту, боли в эпигастральной области, за последнюю неделю отметил желтушность кожи. Похудел за 3 месяца на 7кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. ЭГДС: слизистая нижней трети желудка инфильтрирована, кровоточит при пальпации, инфильтрация распространяется на луковицу 12п.к. Гистологическое заключение: низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень без патологии, в головке поджелудочной железы определяется объемное образование 3х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ брюшной полости: отмечается объемное образование, размерами 3х3 см в головке поджелудочной железы, с признаками прорастания стенки желудка. Маркер СА 19-9 753 Ед/мл.

Диагноз? Диагностика? Тактика лечения?

Задача №2

Больной Н. 70 лет. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище, за последние две недели отметил желтушность кожи, зуд. Похудел за 2 месяца на 9 кг. В анамнезе хронический панкреатит. Объективно: кожные покровы и склеры желтушны, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, отмечается сдавление общего желчного протока, поджелудочная железа неоднородной структуры, отечна, вирсунгов проток расширен, в области головки поджелудочной железы определяется объемное образование 3х4см; в брюшной полости свободная жидкость; забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов брюшной полости: определяется объемное образование в области головки поджелудочной железы, размерами 3х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 700 Ед/мл.

Диагноз? Обследования? Тактика лечения?

Задача №3

Больной А. 80 лет, рабочий в области резиновой промышленности. Жалобы на тошноту, боли в эпигастральной области, отвращение к пище. В анамнезе желчно-каменная болезнь. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ, РКТ органов брюшной полости: в области 4 и 5 сегментах печени отмечаются 3 очаговых образования размерами от 1 до 1,5 см с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, стенка желчного пузыря инфильтрирована, в просвете определяется объемное образование 2 см в диаметре. Положительны маркеры: СА 19-9, щелочная фосфатаза. Диагноз? Тактика лечения? Прогноз?

Опухоли пищеварительного тракта (рак ободочной кишки)

1. Что такое синдром Каудена?
2. В чем заключается профилактика рака ободочной кишки?
3. Какие виды лечения применяются при раке ободочной кишки?
4. Какие предраковые заболевания неполипозного характера вы знаете?
5. Какие выделяют варианты клинического течения рака ободочной кишки?

Задача №1

Больной Л. 55 лет, механик. Мать умерла от рака желудка. В анамнезе хронический колит. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли внизу живота. Объективно: живот мягкий, болезненный в нижних отделах, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в сигмовидной кишке сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в сигмовидной кишке просвет сужен за счет инфильтрации. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: обнаружено опухолевое поражение сигмовидной кишки, печень, почки без патологии. Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №2

Больной Х. 56 лет, инженер. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота, слабость. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование. Ирригоскопия: в правом отделе толстой кишки сужен просвет за счет симметричного дефекта наполнения. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в правой половине кишки просвет сужен за счет экзофитного образования, легкокровоточащего при пальпации. Взята биопсия. Гистология: аденокарцинома.

Диагноз? Обследования? Лечебная тактика?

Задача №3

Больной Р. 33 лет. В анамнезе: семейный полипоз. Жалобы на неустойчивый стул, периодические боли в правой половине живота, слабость. Объективно: больной пониженного питания, кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота. Фиброколоноскопия: в прямой кишке патологии не выявлено, в правой половине кишки просвет сужен за счет экзофитного образования, рамерами до 2 см в диаметре, легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: в правой доле печени имеется очаг размерами 2 см в диаметре, с нечетким контуром. Рентгенологическое исследование органов грудной клетки патологии не выявило.

Диагноз? Лечебная тактика? Какое дополнительное исследование нужно провести больному?

Задача №4

Пациент П. 50 лет. Семейный анамнез отягощен. Отец умер от рака ободочной кишки. Пришел на профосмотр. Жалоб на момент осмотра не предъявляет.

Какие дополнительные исследования надо назначить и почему?

Задача №5

Больной А. 68 лет. В анамнезе: хронический колит. Жалобы слабость, запоры, наличие опухолевидного образования в правой половине живота. Объективно: кожные покровы бледные, живот мягкий, болезненный в правой половине живота, где пальпируется опухолевое образование размерами до 7 см в диаметре. Фиброколоноскопия: просвет восходящего отдела сужен за счет экзофитного бугристого образования (6 см в диаметре), легкокровоточащего при пальпации. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ брюшной полости: мтс в обеих долях печени. На рентгенограмме органов грудной полости обнаружены множественные очаги с нечеткими контурами в левом легком.

Диагноз? Лечебная тактика?

Опухоли костей и мягких тканей

1. Назовите основную локализацию сарком мягких тканей.
2. Какие особенности клинической картины сарком костей?
3. Назовите основные принципы лечения опухолей мягких тканей.
4. Часто или редко метастазируют саркомы костей и мягких тканей в кости?
5. Хондробластома доброкачественная или злокачественная опухоль?

Задача №1

Больной Е., 41 года. Жалобы на наличие опухолевидного образования в верхней трети левого бедра. Объективно: на латеральной поверхности верхней трети левого бедра определяется опухолевидное образование плотно-эластической консистенции, размерами 5,0х6,0 см, ограниченной подвижности, кожа над ним гиперемирована. Больному выполнено КТ, МРТ, УЗКТ: опухоль располагается в мягких тканях средней трети бедра, размерами до 5,0 см в диаметре, прорастания бедренной кости нет, выражен сосудистый компонент. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

Ваш диагноз? Какое исследование надо выполнить для морфологической верификации опухоли? Какова схема лечения?

Задача №2

У пациента липосаркома забрюшинного пространства, опухоль до 15,0 см, низкой степени дифференцировки, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов.

Какая стадия? Как классифицируются опухоль по глубине залегания? Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №3

У больного 30 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома правого бедра, опухоль 6,0 см, высокой степени дифференцировки, опухоль инфильтрирует поверхностную фасцию. Регионарные лимфатические узлы не поражены, отдаленных метастазов нет.

Какая стадия? Как классифицируются опухоль по глубине залегания? Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №4

У больного 40 лет злокачественная фиброзная гистиоцитома, опухоль до 5,0 см, низкой степени дифференцировки, опухоль располагалась над поверхностной фасцией. Регионарные лимфатические узлы не были поражены, отдаленных метастазов не было. Проведено хирургическое лечение голени, с последующей лучевой терапией, Через 6 месяцев выявлены метастазы в легкие.

Какая была стадия? Как классифицировалась опухоль по глубине залегания? Какая СОД при проведении послеоперационного курса дистанционной лучевой терапии подводится в подобных случаях? Наиболее целесообразная тактика лечения.

Задача №5

У пациента остеосаркома бедра, опухоль до 7,0 см, высокой степени злокачественности, без вовлечения регионарных лимфатических узлов и без отдаленных метастазов.

Какая стадия? Какова пятилетняя выживаемость при комплексном методе лечения остеосаркомы конечности? Наиболее целесообразная тактика лечения.

Злокачественные опухоли женских половых органов (рак шейки матки, рак тела матки, рак яичников)

1. Какое лечение проводят больным раком тела матки?
2. Что способствует развитию рака шейки матки?
3. Вследствие чего развивается рак яичников?
4. Ваш диагностический алгоритм в распознавании рака шейки матки
5. Перечислите редкие гистологические формы рака тела матки.

Задача №1

Больная К.В.Л., 70 лет (менопауза в течение 20 лет), предъявляет жалобы на кровянистые выделения из половых путей в течение последних 3 месяцев. При гинекологическом осмотре: женские половые органы развиты правильно. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу, слизистая шейки матки и влагалища не изменена, тело матки увеличено, соответствует 7—8 неделям беременности, подвижное, безболезненное, придатки с обеих сторон не пальпируются, своды глубокие, параметрии свободные. Больная соматически отягощена, страдает гипертонической болезнью, ИБС, тяжелой сердечной недостаточностью, 2 года назад перенесла инфаркт миокарда, наблюдается у кардиолога.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Какие методы позволяют верифицировать диагноз? В) Каков минимальный план обследования? Г) Какой метод лечения нужно применить на первом этапе?

Задача №2

У больной И.Е.Д., 60 лет, 4 месяца назад появились боли внизу живота и кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы. Обратилась к гинекологу по месту жительства. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу, слизистая шейки матки и влагалища не изменена, тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное, в области левых придатков матки без особенностей, в области правых придатков пальпируется объемное образование тугоэластической консистенции 4х5 см, безболезненное, своды глубокие, параметрии свободные. Произведено раздельное диагностическое выскабливание матки. Гистологическое заключение:

умереннодифференцированная эндометриоидная аденокарцинома с плоскоклеточной метаплазией. Выполнена операция в объеме экстирпация матки с придатками.

Гистологическое заключение: шейка матки выстлана многослойным плоским и цилиндрическим эпителием, в эндометрии на площади 5,2х4,7 см разрастание низкодифференцированной эндометриоидной аденокарциномы, не достигающей до уровня внутреннего маточного зева, глубина инвазии миометрия 18 мм при толщине миометрия в области опухоли 21 мм, эмболов в лимфатических щелях нет, маточные трубы с признаками возрастной инволюции, в правом яичнике серозная сосочковая

цистаденофиброма, левый яичник без патологии. По данным предоперационного обследования и интраоперационной ревизии отдаленных метастазов нет. Уровень СА-125 до операции 73 ед/мл. А) Сформулируйте заключительный диагноз, определите стадию? Б) Каков план лечения?

Задача №3

Больная И.Н.Я., 47 лет, предъявляет жалобы на ациклические кровянистые выделения из половых путей, боль внизу живота. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу, слизистая влагалища не изменена, на эктоцервиксе на участке 0,5x1,0 см определяются разрастания по типу цветной капусты, кровоточащие при дотрагивании, тело матки увеличено за счет множественных миоматозных узлов, соответствует 10—12 неделям беременности, подвижное, безболезненное, придатки с обеих сторон не пальпируются, своды глубокие, параметрии свободные. При УЗИ малого таза тело матки деформировано за счет множественных миоматозных узлов от 1 до 5,5 см в диаметре, толщина эндометрия 2,2 см. А) Ваш предварительный диагноз? Б) Какие методы позволяют верифицировать диагноз?

Задача №4

Больная Т.Н.В., 42 лет, предъявляет жалобы на ациклические кровянистые выделения из половых путей. Гинекологическое исследование: наружные половые органы развиты правильно, оволосение по женскому типу, слизистая влагалища не изменена, на влагалищной части шейки матки разрастания по типу цветной капусты размером 3,0x2,5см, легко кровоточащие при дотрагивании, тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное, в области придатков без особенностей, своды глубокие, параметрии свободные.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Можете ли Вы определить стадию заболевания? В) Какие методы позволяют верифицировать диагноз? Г) Каков минимальный план обследования? Д) Какой метод лечения нужно применить на первом этапе?

Задача №5

Больная Т.Н.И., 59 лет. Жалоб нет. При профилактическом осмотре взяты мазки с шейки матки для цитологического исследования. Выявлены изменения плоского эпителия высокой степени злокачественности. Гинекологическое исследование: наружные половые органы сформированы правильно, оволосение по женскому типу, слизистая шейки матки и влагалища не изменена, тело матки не увеличено, подвижное, безболезненное, в области придатков без особенностей, своды глубокие, параметрии свободные. А) Что необходимо предпринять для уточнения диагноза? Б) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Лимфогранулематоз (Лимфома Ходжкина)

1. Кто страдает лимфомой Ходжкина чаще – мужчины или женщины?
2. Назовите основные морфологические варианты при лимфоме Ходжкина.
3. Перечислите факторы риска лимфомы Ходжкина.
4. Какой экстра nodулярный орган при лимфоме Ходжкина поражается наиболее часто?
5. Назовите основной метод лечения лимфомы Ходжкина при всех стадиях заболевания.

Задача №1

Больной Г., 37 лет. Предъявляет жалобы на повышение температуры тела до 38 °С, в течение нескольких дней подряд, кашель, одышку, боли за грудиной. В анамнезе: длительно лечился по поводу бронхита, антибиотикотерапия без эффекта. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы, хрипов нет. Живот мягкий, безболезненный, селезенка, печень не увеличены. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, фибриноген 600 мг%, лимфоциты 17%.

Ваш предположительный диагноз?

Какую манипуляцию необходимо выполнить для морфологической верификации болезни? Что является морфологическим субстратом данного вида опухоли?

Задача №2

У больной 20 лет. Диагноз: лимфома Ходжкина, нодулярный склероз, Ia стадии с поражением лимфоузлов левой надключичной зоны, факторы риска не выявлены.

Имеются ли у данной больной симптомы интоксикации? К какой группе прогноза относится?

Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №3

У больного 30 лет. Диагноз: лимфома Ходжкина, смешанно-клеточный вариант IIb стадии с поражением лимфоузлов левой шейной – над – подключичной области и средостения, без других факторов риска.

Имеются ли у данной больной симптомы интоксикации? К какой группе прогноза относится? Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

Задача №4

Больная М., 30 лет, 2 года назад обратилась к участковому врачу в связи с увеличением до 2,0 см в диаметре лимфоузла в правой надключичной зоне. Незадолго до этого перенесла ОРВИ. Врач не назначил никаких дополнительных исследований, рекомендовал спиртовые компрессы. Через полгода у больной в этом же месте появились еще два плотных лимфоузла размерами 1,5x2,0 см, а в надключичной области слева появился лимфоузел такого же размера.

Врач поликлиники снова назначил тепловые процедуры и антибиотики. Лимфоузлы сначала незначительно уменьшились в размерах, затем снова увеличились до 2,0-3,0 см в диаметре.

Больная решила больше к врачам не обращаться, самочувствие оставалось удовлетворительным.

Через 2 года внезапно поднялась температура до 38,5-39,0°С ежедневно, не снижалась от применения антибиотиков. По ночам отмечалась обильная потливость. Периодически отмечала кожный зуд. При ходьбе несколько раз отмечала колющие боли в левом подреберье. Во время врачебного осмотра на этот раз были выявлены увеличенные немногочисленные плотные лимфоузлы (не менее 3 см в диаметре) в обеих шейно-надключичных областях. При пальпации селезенка выступала на 4,0 см из-под края реберной дуги.

Какой диагноз можно предположительно поставить больной? Какие дополнительные методы исследования необходимы? Можно ли считать проявлениями одного и того же заболевания симптомы, возникшие 2 года назад и появляющиеся в дальнейшем? Что можно сказать о характере течения болезни, какие клинические стадии заболевания можно отметить у больной за время трех ее обращений к врачу в течение 2-х лет?

Задача №5

У больного 31 года. Диагноз: лимфома Ходжкина, вариант лимфоидное истощение с поражением лимфоузлов области средостения и локальным до 1,0 см, единичным очагом в правом легком. Предъявляет жалобы на ночной профузный пот.

Какая стадия? К какой группе прогноза относится? Наиболее целесообразная современная тактика лечения.

ДИСЦИПЛИНА «ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ» СПЕЦИАЛЬНОСТЬ 31.05.01 «ЛЕЧЕБНОЕ ДЕЛО»

**Полный перечень вопросов и ситуационных задач для подготовки к промежуточной аттестации (в форме зачета) дисциплины «ОНКОЛОГИЯ, ЛУЧЕВАЯ ТЕРАПИЯ» в учебно-методических пособиях, которые можно приобрести по адресу:
РНИМУ им. Н.И. Пирогова, г. Москва, ул. Островитянова, д.1,
Копировальный центр Университета**

«Контрольные вопросы для промежуточной аттестации (зачета) студентов высших медицинских учебных заведений по специальности 31.05.01 «Лечебное дело» учебной дисциплины «Онкология, лучевая терапия»» учебное пособие/сост. С.Б. Петерсон [и др.]. — Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2019. — 24 с.

Ситуационные задачи для промежуточной аттестации (зачёта) студентов высших медицинских учебных заведений по специальности 31.05.01 “Лечебное дело” учебной дисциплины “Онкология, лучевая терапия”. Ч. 1: учебно-методическое пособие / сост. С.Б. Петерсон [и др.]. — Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2019. — 76 с.

Ситуационные задачи для промежуточной аттестации (зачёта) студентов высших медицинских учебных заведений по специальности 31.05.01 “Лечебное дело” учебной дисциплины “Онкология, лучевая терапия”. Ч. 2: учебно-методическое пособие / сост. С.Б. Петерсон [и др.]. — Москва: РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2019. — 52 с.