Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 1**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какие степени дисфагии существуют?

2. Больной Г. 45 лет в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Вопросы:

1. Диагноз?

2. Лечебная тактика?

3. Больной А. 69 лет, слесарь. Злоупотребляет алкоголем. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище. Похудел за 2 месяца на 8 кг. В анамнезе хронический панкреатит, страдает тромбофлебитом. Без эффекта лечился по поводу язвенной болезни желудка. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, в области тела поджелудочной железы определяется объемное образование 4х4см, структура поджелудочной железы неоднородная, отечна, забрюшинное пространство без особенностей. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование в теле поджелудочной железы, размерами 4х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 654 Ед/мл. Регионарных и отдаленных метастазов не выявлено.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Стадия процесса?

3. Назовите регионарные и отдаленные метастазы?

4. Определите тактику лечения?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 2**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какие методы лечения используются при раке пищевода?

2. Больной Ш. 64 лет. В анамнезе: системная склеродермия. Жалобы на жжение, царапание за грудиной при глотании твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Рентгенологическое исследование пищевода: в нижней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в нижней трети пищевода по задней стенке имеется опухолевое образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см, с преимущественно инфильтративным ростом. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 3 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больного?

3. Назначьте дообследование.

4. Какой возможен объем лечения?

3. 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.

Вопросы:

1. Диагноз?

2. Обследования?

3. Тактика лечения?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 3**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какой объем операции выполняется при раке пищевода?

2. 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.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больного? Какое осложнение возникло у данного больного?

3. С чем следует проводить дифференциальный диагноз?

4. Какое заключение гистологов вы ожидаете?

5. Какое лечение возможно?

3. 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.

Вопросы:

1. Диагноз?

2. Диагностика и лечение?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 4**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Как изменяются биохимические показатели крови при механической желтухе?

2. Больной Л., 69 лет. В анамнезе: пептические язвы пищевода. Жалобы на боль за грудиной, изжогу, усиленное слюноотделение, слабость, похудание, глотание даже жидкой пищи затруднено. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Эзофагоскопия: в средне- и нижнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см, опухоль не более 5 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Выполнено рентгенологическое исследование пищевода.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больной?

3. Какие рентгенологические признаки данного заболевания вам известны?

4. Назовите пути гематогенного метастазирования и назначьте дообследование.

5. Каков возможный объем лечения?

3. Больной Л., 61 года, учитель. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на усиленное слюноотделение, охриплость голоса, слабость, боли в правом подреберье, тошноту, потерю аппетита. С трудом проходит твердая пища. Похудела за месяц на 6 кг. Объективно: в надключичных областях пальпируются увеличенные лимфоузлы, до 1,5 в диаметре, плотные, не смещаемые, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, живот мягкий, подвздут, 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 0,4 см. Биопсия.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Степень дисфагии.

3. Какое осложнение возникло у больного?

4. С чем следует проводить дифференциальный диагноз?

5. С чем могут быть связаны боли в правом подреберье и какое обследование показано?

6. Какой объем лечения возможен?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 5**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какова клиническая картина при раке поджелудочной железы?

2. Больной Н., 72 лет. В анамнезе: ахалазия пищевода. Жалобы на боли за грудиной, чувство полноты за грудиной при приеме пищи, усиленное слюноотделение, слабость, затрудненное глотание. Объективно: больной астенического телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий безболезненный. Эзофагоскопия: в средне- и нижнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Выполнено рентгенологическое исследование пищевода.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Какие рентгенологические признаки данного заболевания вам известны?

3. Назовите пути гематогенного метастазирования и назначьте дообследование.

4. Какой объем лечения возможен?

3. 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.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больного?

3. Какое обследование необходимо выполнить для морфологической верификации диагноза?

4. Какой объем лечения возможен?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 6**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. При локализации в каком отделе пищевода лучевая терапия становится основным методом лечения?

2. Больная Л., 65 лет, профессор орнитологии. В анамнезе: ахалазия пищевода. Жалобы на чувство полноты за грудиной при приеме пищи, усиленное слюноотделение, слабость, затрудненное глотание. Объективно: больной астенического телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий безболезненный. Эзофагоскопия: в средне- и нижнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Выполнено рентгенологическое исследование пищевода.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Какие рентгенологические признаки данного заболевания вам известны?

3. Назовите пути гематогенного метастазирования и назначьте дообследование.

4. Какой объем лечения возможен?

3. Больной А. 80 лет, рабочий в области резиновой промышленности. Жалобы на тошноту, боли в эпигастральной области, отвращение к пище. В анамнезе желчнокаменная 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.

Вопросы:

1. Диагноз?

2. Тактика лечения?

3. Прогноз?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 7**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какие исследования помогают определить резектабельность или операбельность рака поджелудочной железы?

2. Больная С., 62 лет, работник химической промышленности. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на усиленное слюноотделение, охриплость голоса, слабость, боли в правом подреберье, тошноту, потерю аппетита. Похудела за месяц на 6 кг. Объективно: в надключичных областях пальпируются увеличенные лимфоузлы, до 1,5 в диаметре, плотные, несмещаемые, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, живот мягкий, подвздут, 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 0,4 см. Биопсия.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какое осложнение возникло у больной?

3. С чем следует проводить дифференциальный диагноз?

4. С чем могут быть связаны боли в правом подреберье и какое обследование показано?

5. Какой объем лечения возможен?

3. Больной Б. 60 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. 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. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.

2. Назначьте дообследование.

3. Какой возможен объем лечения?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 8**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Перечислите факторы риска развития рака поджелудочной железы.

2. Больной К., 63 лет, курит 20 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на усиленное слюноотделение, охриплость голоса, слабость, боли костях, тошноту, потерю аппетита. Похудел за месяц на 6 кг. Объективно: в надключичных областях пальпируются увеличенные лимфоузлы, до 1,5 в диаметре, плотные, несмещаемые, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, 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 0,4 см. Биопсия.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какое осложнение возникло у больного?

3. С чем следует проводить дифференциальный диагноз?

4. С чем могут быть связаны боли в костях и какое обследование показано?

5. Какой объем лечения возможен?

3. Больной Н. 62 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на жжение, царапание за грудиной при глотании твердой пищи. За последние 4 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 пищевода: в нижней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в нижней трети пищевода по задней стенке имеется опухолевое образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см, с преимущественно инфильтративным ростом. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 3 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больного?

3. Назначьте дообследование.

4. Какой возможен объем лечения?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 9**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какие объемы хирургического вмешательства могут выполняться при раке желчного пузыря?

2. Больной З., 68 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на усиленное слюноотделение, охриплость голоса, слабость, боли костях. Похудел за месяц на 6 кг. Объективно: в надключичных областях пальпируются увеличенные лимфоузлы, до 1,5 в диаметре, плотные, не смещаемые, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, 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 0,7 см. Биопсия.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какое осложнение возникло у больного?

3. С чем следует проводить дифференциальный диагноз?

4. С чем могут быть связаны боли в костях и какое обследование показано?

5. Какой объем лечения возможен?

3. Больная Н. 62 лет. В анамнезе: системная склеродермия. Жалобы на затруднение глотания даже жидкой пищи. Объективно: в надключичных областях пальпируются увеличенные лимфоузлы, до 1,5 в диаметре, плотные, несмещаемые. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое пищевода: на всем протяжении имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: на всем протяжении пищевода по задней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,5 см.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больной?

3. Какие еще вы знаете эндоскопические признаки данной опухоли?

4. Какое заключение гистологов вы ожидаете?

5. Каков возможный объем лечения при отсутствии гематогенных метастазов?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 10**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какой самый важный фактор риска развития рака желчного пузыря?

2. Больной Р. 62 лет, профессор хирургии. Курит 40 лет, в анамнезе хронический эзофагит. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий, урчит при пальпации, болезненный в эпигастрии. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии. При рентгенологическом исследовании пищевода: в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 7 см., деформация контуров пищевода.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Какое обследование необходимо выполнить для морфологической верификации диагноза?

3. Какой гистологический тип данной опухоли встречается чаще всего?

4. Какой объем лечения возможен?

5. Какие степени дисфагии вы знаете?

3. Больная Т. 68 лет. В анамнезе: химический ожог пищевода. Жалобы на затруднение глотания даже жидкой пищи, усиленное слюноотделение, рвоту. За последние 4 месяца похудела на 8 кг. Объективно: в надключичных областях пальпируются увеличенные лимфоузлы, до 1,5 в диаметре, плотные, несмещаемые. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование пищевода: на всем протяжении имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больной?

3. Какое обследование необходимо выполнить для морфологической верификации диагноза?

4. Какие органы могут поражаться при данном заболевании?

5. Назначьте дообследование.

6. Какой объем лечения возможен?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

2 группа, 2 подгруппа

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 1**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Клиническая картина механической желтухи.

2. Больной В. 60 лет, шофер. Курит 40 лет. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии. При рентгенологическом исследовании пищевода: в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какая степень дисфагии у больного?

3. Какое обследование необходимо выполнить для морфологической верификации диагноза?

4. Какой гистологический тип данной опухоли встречается чаще всего?

5. Какой объем лечения возможен?

6. Какие степени дисфагии вы знаете?

3. Больной Н., 72 лет. В анамнезе: ахалазия пищевода. Жалобы на боли за грудиной, чувство полноты за грудиной при приеме пищи, усиленное слюноотделение, слабость, затрудненное глотание. Объективно: больной астенического телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий безболезненный. Эзофагоскопия: в средне- и нижнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Выполнено рентгенологическое исследование пищевода.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Какие рентгенологические признаки данного заболевания вам известны?

3. Назовите пути гематогенного метастазирования и назначьте дообследование.

4. Какой объем лечения возможен?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 2**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. От чего зависит развитие рака пищевода у курильщика?

2. Больной Г. 45 лет, работник химчистки. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Объективно: слева в надключичной области пальпируется увеличенный, плотный лимфоузел, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии. При рентгенологическом исследовании пищевода: в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 6 см., деформация контуров пищевода.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Какая степень дисфагии у пациента?

3. Какое обследование необходимо выполнить для морфологической верификации диагноза?

4. Какой гистологический тип данной опухоли встречается чаще всего?

5. Какой объем лечения возможен?

6. Какие органы могут поражаться при данном заболевании?

3. Больной А. 80 лет, рабочий в области резиновой промышленности. Жалобы на тошноту, боли в эпигастральной области, отвращение к пище. В анамнезе желчнокаменная 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.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Тактика лечения?

3. Прогноз?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 3**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Что является основными рентгенологическими симптомами рака пищевода?

2. 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.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больного?

3. Какое обследование необходимо выполнить для морфологической верификации диагноза?

4. Какой объем лечения возможен?

5. Какие органы могут поражаться при данном заболевании?

6. Назначьте дообследование.

3. 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.

Вопросы:

1. Диагноз?

2. Обследования?

3. Тактика лечения?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 4**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Назовите самый частый симптом при раке поджелудочной железы.

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.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больной?

3.Какое обследование необходимо выполнить для морфологической верификации диагноза?

4. Какие органы могут поражаться при данном заболевании?

5. Назначьте дообследование.

6. Какой объем лечения возможен?

3. Больная Л., 65 лет, профессор орнитологии. В анамнезе: ахалазия пищевода. Жалобы на чувство полноты за грудиной при приеме пищи, усиленное слюноотделение, слабость, затрудненное глотание. Объективно: больной астенического телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий безболезненный. Эзофагоскопия: в средне- и нижнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Выполнено рентгенологическое исследование пищевода.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Какие рентгенологические признаки данного заболевания вам известны?

3. Назовите пути гематогенного метастазирования и назначьте дообследование.

4. Какой объем лечения возможен?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 5**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какие факторы риска развития рака пищевода вы знаете?

2. 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.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больного?

3. Какое гистологическое заключение вы ожидаете?

4. Назначьте дообследование.

5. Какой объем лечения возможен?

3. Больной А. 69 лет, слесарь. Злоупотребляет алкоголем. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище. Похудел за 2 месяца на 8 кг. В анамнезе хронический панкреатит, страдает тромбофлебитом. Без эффекта лечился по поводу язвенной болезни желудка. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, в области тела поджелудочной железы определяется объемное образование 4х4см, структура поджелудочной железы неоднородная, отечна, забрюшинное пространство без особенностей. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование в теле поджелудочной железы, размерами 4х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 654 Ед/мл. Регионарных и отдаленных метастазов не выявлено.

Вопросы:

1. Диагноз? Стадия процесса?

2. Назовите регионарные и отдаленные метастазы?

3. Определите тактику лечения?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 6**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какое исследование позволяет установить протяженность поражения при раке пищевода?

2. Больной Б. 60 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. 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. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.

2. Назначьте дообследование.

3. Какой возможен объем лечения?

3. 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.

Вопросы:

1. Диагноз?

2. Диагностика?

3. Тактика лечения?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 7**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какие исследования проводятся с целью диагностики рака фатерова соска?

2. Больной Н. 62 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на жжение, царапание за грудиной при глотании твердой пищи. За последние 4 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 пищевода: в нижней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в нижней трети пищевода по задней стенке имеется опухолевое образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см, с преимущественно инфильтративным ростом. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 3 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больного?

3. Назначьте дообследование.

4. Какой возможен объем лечения?

3. Больной Г. 45 лет в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Вопросы:

1. Диагноз?

2. Лечебная тактика?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 8**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какие исследования помогают определить резектабельность или операбельность рака поджелудочной железы?

2. Больная Н. 62 лет. В анамнезе: системная склеродермия. Жалобы на затруднение глотания даже жидкой пищи. Объективно: в надключичных областях пальпируются увеличенные лимфоузлы, до 1,5 в диаметре, плотные, несмещаемые. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое пищевода: на всем протяжении имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: на всем протяжении пищевода по задней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,5 см.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больной?

3. Какие еще вы знаете эндоскопические признаки данной опухоли?

4. Какое заключение гистологов вы ожидаете?

5. Каков возможный объем лечения при отсутствии гематогенных метастазов?

3. Больной Ш. 64 лет. В анамнезе: системная склеродермия. Жалобы на жжение, царапание за грудиной при глотании твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Рентгенологическое исследование пищевода: в нижней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в нижней трети пищевода по задней стенке имеется опухолевое образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см, с преимущественно инфильтративным ростом. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 3 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больного?

3. Назначьте дообследование.

4. Какой возможен объем лечения?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 9**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какие существуют группы риска развития рака фатерова соска?

2. Больная Т. 68 лет. В анамнезе: химический ожог пищевода. Жалобы на затруднение глотания даже жидкой пищи, усиленное слюноотделение, рвоту. За последние 4 месяца похудела на 8 кг. Объективно: в надключичных областях пальпируются увеличенные лимфоузлы, до 1,5 в диаметре, плотные, несмещаемые. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое исследование пищевода: на всем протяжении имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней и передней стенки, деформация контуров пищевода.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больной?

3. Какое обследование необходимо выполнить для морфологической верификации диагноза?

4. Какие органы могут поражаться при данном заболевании?

5. Назначьте дообследование.

6. Какой объем лечения возможен?

3. Больной Р. 62 лет, профессор хирургии. Курит 40 лет, в анамнезе хронический эзофагит. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий, урчит при пальпации, болезненный в эпигастрии. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии. При рентгенологическом исследовании пищевода: в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 7 см., деформация контуров пищевода.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Какое обследование необходимо выполнить для морфологической верификации диагноза?

3. Какой гистологический тип данной опухоли встречается чаще всего?

4. Какой объем лечения возможен?

5. Какие степени дисфагии вы знаете?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 10**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какой самый важный фактор риска развития рака желчного пузыря?

2. 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.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больной?

3. Какое заключение гистологов вы ожидаете?

4. Какие признаки данного заболевания будут обнаружены при рентгенологическом исследовании пищевода?

3. Больной З., 68 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на усиленное слюноотделение, охриплость голоса, слабость, боли костях. Похудел за месяц на 6 кг. Объективно: в надключичных областях пальпируются увеличенные лимфоузлы, до 1,5 в диаметре, плотные, не смещаемые, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, 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 0,7 см. Биопсия.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какое осложнение возникло у больного?

3. С чем следует проводить дифференциальный диагноз?

4. С чем могут быть связаны боли в костях и какое обследование показано?

5. Какой объем лечения возможен?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

2 группа, 3 подгруппа

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 1**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какие заболевания пищевода относят к предраковым?

2. Больной Н., 72 лет. В анамнезе: ахалазия пищевода. Жалобы на боли за грудиной, чувство полноты за грудиной при приеме пищи, усиленное слюноотделение, слабость, затрудненное глотание. Объективно: больной астенического телосложения, пониженного питания, кожные покровы бледные, периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, язык обложен белым налетом, живот мягкий безболезненный. Эзофагоскопия: в средне- и нижнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Выполнено рентгенологическое исследование пищевода.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Какие рентгенологические признаки данного заболевания вам известны?

3. Назовите пути гематогенного метастазирования и назначьте дообследование.

4. Какой объем лечения возможен?

3. 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.

Вопросы:

1. Диагноз?

2. Диагностика?

3. Тактика лечения?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 2**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Клиническая картина механической желтухи.

2. Больной Л., 69 лет. В анамнезе: пептические язвы пищевода. Жалобы на боль за грудиной, изжогу, усиленное слюноотделение, слабость, похудание, глотание даже жидкой пищи затруднено. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Эзофагоскопия: в средне- и нижнегрудном отделе пищевода по задней и передней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,6 см, опухоль не более 5 см. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. Выполнено рентгенологическое исследование пищевода.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какая степень дисфагии у больной?

3. Какие рентгенологические признаки данного заболевания вам известны?

4. Назовите пути гематогенного метастазирования и назначьте дообследование.

5. Каков возможный объем лечения?

3. Больная С., 62 лет, работник химической промышленности. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на усиленное слюноотделение, охриплость голоса, слабость, боли в правом подреберье, тошноту, потерю аппетита. Похудела за месяц на 6 кг. Объективно: в надключичных областях пальпируются увеличенные лимфоузлы, до 1,5 в диаметре, плотные, несмещаемые, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, живот мягкий, подвздут, 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 0,4 см. Биопсия.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какое осложнение возникло у больной?

3. С чем следует проводить дифференциальный диагноз?

4. С чем могут быть связаны боли в правом подреберье и какое обследование показано?

5. Какой объем лечения возможен?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 3**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какова клиническая картина рака шейного отдела пищевода?

2. 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.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больного?

3. Какое осложнение возникло у данного больного?

4. С чем следует проводить дифференциальный диагноз?

5. Какое заключение гистологов вы ожидаете? Какое лечение возможно?

3. Больной А. 80 лет, рабочий в области резиновой промышленности. Жалобы на тошноту, боли в эпигастральной области, отвращение к пище. В анамнезе желчнокаменная 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.

Вопросы:

1. Диагноз?

2. Тактика лечения?

3. Прогноз?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 4**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Перечислите факторы риска развития рака поджелудочной железы.

2. Больной Н. 62 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на жжение, царапание за грудиной при глотании твердой пищи. За последние 4 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 пищевода: в нижней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в нижней трети пищевода по задней стенке имеется опухолевое образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см, с преимущественно инфильтративным ростом. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 3 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больного?

3. Назначьте дообследование.

4. Какой возможен объем лечения?

3. 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.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больной?

3. Какое заключение гистологов вы ожидаете?

4. Какие признаки данного заболевания будут обнаружены при рентгенологическом исследовании пищевода?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 5**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какова клиническая картина при раке поджелудочной железы?

2. 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.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больного?

3. Какое гистологическое заключение вы ожидаете?

4. Назначьте дообследование.

5. Какой объем лечения возможен?

3. Больной Б. 60 лет. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на затруднение глотания твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, притупление перкуторного звука нет, живот мягкий безболезненный. 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. Гистологическое исследование: плоскоклеточный рак. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 2 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.

2. Назначьте дообследование.

3. Какой возможен объем лечения?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 6**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какую роль играет химиотерапия и лучевая терапия в лечении рака поджелудочной железы?

2. Больная Н. 62 лет. В анамнезе: системная склеродермия. Жалобы на затруднение глотания даже жидкой пищи. Объективно: в надключичных областях пальпируются увеличенные лимфоузлы, до 1,5 в диаметре, плотные, несмещаемые. Дыхание везикулярное, проводится во все отделы, живот мягкий безболезненный. Рентгенологическое пищевода: на всем протяжении имеется сужение просвета за счет инфильтрации задней стенки, деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: на всем протяжении пищевода по задней стенке имеется инфильтрация слизистой оболочки, просвет пищевода сужен до 0,5 см.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больной?

3. Какие еще вы знаете эндоскопические признаки данной опухоли?

4. Какое заключение гистологов вы ожидаете?

5. Каков возможный объем лечения при отсутствии гематогенных метастазов?

3. Больной Ш. 64 лет. В анамнезе: системная склеродермия. Жалобы на жжение, царапание за грудиной при глотании твердой пищи. За последние 4 месяца похудел на 6 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, живот мягкий, болезненный в эпигастрии. Рентгенологическое исследование пищевода: в нижней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в нижней трети пищевода по задней стенке имеется опухолевое образование суживающее просвет пищевода до 0,9 см, с преимущественно инфильтративным ростом. УЗИ брюшной полости: в печени определяется 3 округлых образования с нечеткими контурами от 1,5 до 5 см в диаметре.

Вопросы:

1. Предположительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больного?

3. Назначьте дообследование.

4. Какой возможен объем лечения?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 7**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какие исследования помогают определить резектабельность или операбельность рака поджелудочной железы?

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.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больной?

3. Какое обследование необходимо выполнить для морфологической верификации диагноза?

4. Какие органы могут поражаться при данном заболевании?

5. Назначьте дообследование.

6. Какой объем лечения возможен?

3. Больной Л., 61 года, учитель. В анамнезе: хронический эзофагит. Жалобы на усиленное слюноотделение, охриплость голоса, слабость, боли в правом подреберье, тошноту, потерю аппетита. С трудом проходит твердая пища. Похудела за месяц на 6 кг. Объективно: в надключичных областях пальпируются увеличенные лимфоузлы, до 1,5 в диаметре, плотные, не смещаемые, дыхание везикулярное, проводится во все отделы, живот мягкий, подвздут, 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 0,4 см. Биопсия.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Степень дисфагии.

3. Какое осложнение возникло у больного?

4. С чем следует проводить дифференциальный диагноз?

5. С чем могут быть связаны боли в правом подреберье и какое обследование показано?

6. Какой объем лечения возможен?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 8**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какой самый важный фактор риска развития рака желчного пузыря?

2. 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.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.

2. Какая степень дисфагии у больного?

3. Какое обследование необходимо выполнить для морфологической верификации диагноза?

4. Какой объем лечения возможен?

5. Какие органы могут поражаться при данном заболевании?

6. Назначьте дообследование.

3. Больной Г. 45 лет в течении 10 лет лечился по поводу язвенной болезни 12-перстной кишки. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены. Язык обложен, живот мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Рентгенологически: в легких без патологии, пищевод не изменен, в верхней трети желудка на малой кривизне дефект наполнения, нарушение архитектоники слизистой. Гастроскопия: пищевод без патологии. По малой кривизне желудка определяется экзофитная опухоль доходящая до кардиального жома. Биопсия. Гистологическое исследование: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки без патологии. Определяются увеличенные лимфоузлы малого сальника.

Вопросы:

1. Диагноз?

2. Лечебная тактика?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 9**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какие степени дисфагии существуют?

2. Больной Г. 45 лет, работник химчистки. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Объективно: слева в надключичной области пальпируется увеличенный, плотный лимфоузел, дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии. При рентгенологическом исследовании пищевода: в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 6 см., деформация контуров пищевода.

Вопросы:

1. Диагноз.

2. Какая степень дисфагии у пациента?

3. Какое обследование необходимо выполнить для морфологической верификации диагноза?

4. Какой гистологический тип данной опухоли встречается чаще всего?

5. Какой объем лечения возможен?

6. Какие органы могут поражаться при данном заболевании?

3. 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.

Вопросы:

1. Диагноз?

2. Обследования?

3. Тактика лечения?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение

высшего образования «Российский национальный исследовательский медицинский университет

имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России)

Кафедра онкологии и лучевой терапии лечебного факультета

**Билет № 10**

*для проведения текущего контроля*

*по дисциплине «Онкология, лучевая терапия»*

*Раздел «Онкология. Часть № 2»*

#### *Тема «Опухоли пищеварительного тракта (рак пищевода, опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны)»*

*по специальности 31.05.01 «Лечебное дело»*

1. Какие группы лимфоузлов поражаются при раке пищевода?

2. Больной В. 60 лет, шофер. Курит 40 лет. Жалобы на затруднение при глотании твердой пищи. Похудел за последние 3 месяца на 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: в легких без патологии. При рентгенологическом исследовании пищевода: в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?

2. Какая степень дисфагии у больного?

3. Какое обследование необходимо выполнить для морфологической верификации диагноза?

4. Какой гистологический тип данной опухоли встречается чаще всего?

5. Какой объем лечения возможен?

6. Какие степени дисфагии вы знаете?

3. Больной А. 69 лет, слесарь. Злоупотребляет алкоголем. Жалобы на тошноту, похудание, боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, отвращение к пище. Похудел за 2 месяца на 8 кг. В анамнезе хронический панкреатит, страдает тромбофлебитом. Без эффекта лечился по поводу язвенной болезни желудка. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, доступен пальпации, отмечается болезненность в эпигастральной области. УЗИ органов брюшной полости: печень без очаговых образований, в области тела поджелудочной железы определяется объемное образование 4х4см, структура поджелудочной железы неоднородная, отечна, забрюшинное пространство без особенностей. РКТ органов брюшной полости: отмечается объемное образование в теле поджелудочной железы, размерами 4х4 см. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Маркер СА 19-9 654 Ед/мл. Регионарных и отдаленных метастазов не выявлено.

Вопросы:

1. Диагноз?

2. Стадия процесса?

3. Назовите регионарные и отдаленные метастазы?

4. Определите тактику лечения?

Заведующий кафедрой \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Стилиди И.С.