

**ЧАСТНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
«СТАВРОПОЛЬСКИЙ МЕДИКО – СОЦИАЛЬНЫЙ ИНСТИТУТ»**

УТВЕРЖДАЮ
Ректор ЧОУ ВО «СМСИ»

Е.Н.Гисцева
Приказ № 01- О 12 августа 2025г.

Фонд оценочных средств Б1.О.29

Онкология, лучевая терапия

Обязательная часть

Специальность 31.05.01 Лечебное дело

Уровень высшего образования: специалитет;

квалификация: врач-лечебник

Форма обучения: очная

Срок обучения: 6 лет

Нормативно-правовые основы разработки и реализации оценочных средств по дисциплине:

- 1) Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования по специальности 31.05.01, Лечебное дело (уровень специалитета), утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 12 августа 2020 г. № 988
- 2) Общая характеристика образовательной программы.
- 3) Учебный план образовательной программы.
- 4) Устав и локальные акты Институт

1 Организация контроля планируемых результатов обучения по дисциплине Онкология, лучевая терапия

Код	Планируемые результаты обучения по дисциплине:	Наименование индикатора достижения компетенции
Профессиональные компетенции		
ПК-2	Способен к участию в оказании медицинской помощи в экстренной форме	ИПК-2.2 Умеет оказать медицинскую помощь в неотложной форме пациентам при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента

2. Перечень вопросов для подготовки к промежуточной аттестации

Методы диагностики в онкологии.

1. Лабораторные методы исследования. Биохимические изменения у онкологических больных.
2. Возможности рентгенологического исследования в онкологии.
3. Иммунологические тесты в диагностике злокачественных опухолей.
4. Характеристика синдрома уплотнения ткани.
5. Характеристика синдрома нарушения функции.
6. Характеристика синдрома деструкции.
7. Характеристика синдрома патологических выделений.
8. Фиброгастроскопия в диагностике онкологических заболеваний.
9. Уровни диагностики. Определение уровня диагностики в зависимости от локализации, степени распространенности процесса.
10. Компьютерная томография в диагностике онкологических заболеваний.
11. Значение и место рентгенологического, эндоскопического, ультразвукового и термографического методов в диагностике опухолей.

Методы лечения в онкологии.

1. Чувствительность злокачественных опухолей к химиотерапевтическим препаратам.
2. Химиотерапия злокачественных опухолей. Место химиотерапии в лечении.
3. Показания и противопоказания к химиотерапевтическому лечению.
4. Классификация противоопухолевых препаратов.
5. Методы введения химиотерапевтических препаратов.
6. Значение профилактической и поддерживающей химиотерапии.
7. Расчет доз химиотерапевтических препаратов.
8. Методы лучевой терапии злокачественных опухолей.
9. Классификация методов лечения – хирургический, комбинированный, комплексный и другие. Показания.
10. Ритм введения химиотерапевтических препаратов.
11. Радиочувствительность и радиорезистентность.
12. Принципы радикальных оперативных вмешательств – понятие об абластике, антибластике, зональности, футлярности.
13. Побочные действия химиотерапевтических препаратов.
14. Показания к лучевой терапии.
15. Показания к вспомогательной терапии у онкологических больных.
16. Инфекционные осложнения при химиотерапии. Опухоли головы и шеи.
1. Дифференциальная диагностика рака щитовидной железы.
2. Классификация рака щитовидной железы.
3. Методы лечения рака щитовидной железы в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (ПР МЗ РФ № 1097н, 1077н, 1156н, 1044н от 20.12.12)
4. Рак щитовидной железы – эпидемиология, факторы способствующие его развитию.

5. Диагностика опухолей языка и слизистой оболочки щеки, дна полости рта, твердого и мягкого неба.

6. Классификация опухолей языка и слизистой оболочки щеки, дна полости рта, твердого и мягкого неба.

7. Методы лечения опухолей языка и слизистой оболочки щеки, дна полости рта, твердого и мягкого неба в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (ПР

МЗ РФ № 1146н, 1277н от 20.12.12)

8. Клиника и диагностика рака щитовидной железы.

Опухоли органов грудной клетки.

1. Лимфогематогенное метастазирование рака легкого, влияние на клинику и выбор метода лечения.

2. Дифференциальная диагностика рака легкого.

3. Методы лечения рака легкого в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (ПР МЗ РФ № 610н, 684н от 07.11.12;

№ 784н, 694н, 695н, 789н, 788н от 09.11.12; № 1081н, 1151н, 1186н от 20.12.12; № 1464н от 24.12.12). Прогноз.

4. Опухоли плевры.

5. Методы диагностики рака легкого. Рентгенологические симптомы рака легкого.

6. Методы диагностики и лечения опухолей плевры.

7. Статистика рака легкого, группы повышенного риска.

8. Основные клинические варианты течения рака легкого в зависимости от формы роста и локализации.

9. Классификация рака легкого по стадиям.

10. Клиническое течение центрального рака легкого.

11. Гистологические типы рака легкого.

12. Клиника периферического рака легкого. 13. Диагностика рака пищевода, дифференциальная диагностика.

Опухоли органов брюшной полости

1. Дифференциальная диагностика рака желудка.

1. Дифференциальная диагностика рака желудка.

2. Выбор метода лечения рака печени в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (ПР МЗ РФ № 1167н, 1154н от 20.12.12)

3. Предраковые заболевания толстой кишки.

4. Особенности клиники рака ободочной кишки в зависимости от локализации.

5. Клинические проявления рака прямой кишки.

6. Выбор метода лечения рака желудка в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (ПР МЗ РФ № 603н, 719н от 07.11.12; № 785н, 09.11.12; 1190н от

20.12.12) . 7. Выбор оперативного вмешательства при опухолях билиопанкреатодуоденальной зоны в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (ПР МЗ РФ № 1147н от 20.12.12).

8. Факторы, способствующие возникновению рака желудка.

9. Показания к хирургическому лечению рака желудка, принципы радикальной операции.

10. Клинические проявления рака печени и формы течения.

11. Классификация рака ободочной кишки по стадиям и TNM.

12. Выбор метода оперативного вмешательства при раке ободочной кишки в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (ПР МЗ РФ № 1142н, от 20.12.12; № 628н от 07.11.12) 13. Выбор оперативного вмешательства в зависимости от локализации рака прямой кишки в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (ПР МЗ РФ № 663н, 640н от 07.11.12).

14. Классификация рака желудка по стадиям и TNM.

15. Паллиативные методы лечения рака желудка.

16. Методы диагностики рака ободочной и прямой кишки.

17. Частота поражения раком различных отделов прямой кишки.

18. Опухоли билиопанкреатодуоденальной области.

19. Особенности клинической картины рака желудка в зависимости от локализации.

20. Рак печени (первичный и метастатический) – частота, факторы способствующие развитию.

21. Рентгенологические симптомы рака ободочной кишки.

22. Классификация первичного рака печени по TNM.

23. Предраковые заболевания прямой кишки.

24. Классификация рака поджелудочной железы по TNM.

25. Частота локализации и формы роста рака желудка.

26. Пути распространения рака желудка (лимфогематогенный, по продолжению), влияние на клинические проявления и врачебную тактику.

27. Значение колоноскопии в диагностике рака ободочной кишки.

28. Классификация рака прямой кишки по TNM.

29. Клинические проявления опухолей билиопанкреатодуоденальной зоны.

30. Значение в клинике рентгенологической диагностики рака желудка.

31. Методы диагностики рака желудка. Значение рентгенологического и эндоскопического методов исследования в диагностике рака желудка.

32. Диагностика рака печени.

33. Вопросы статистики, эпидемиологии рака ободочной кишки.

34. Клинические формы рака ободочной кишки.

35. Методы исследования, применяемые при раке прямой кишки.

36. Методы диагностики опухолей билиопанкреато-дуоденальной зоны.

Опухоли кожи.

1. Лечение рака кожи в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (ПР МЗ РФ № 607н, 623н, 624н, 665н от 07.11.12; № 776н от 09.11.12; № 1172н от 20.12.12). Непосредственные и отдаленные результаты лечения.

2. Эпидемиология меланомы. Факторы, способствующие малигнизации пигментных невусов.

3. Заболеваемость раком кожи. Факторы, способствующие возникновению рака кожи.

4. Предмеланоматозные состояния. Профилактика озлокачествления.
5. Факультативные и облигатные предраки кожи.
6. Клиническая характеристика меланом. Диагностика меланом кожи.
7. Классификация рака кожи. Гистологические разновидности.
8. Методы лечения меланом кожи в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (ПР МЗ РФ № 604н от 07.11.12; № 1185н от 20.12.12).
9. Клинические проявления рака кожи. Методы диагностики рака кожи.

Опухоли кроветворной системы.

1. Клиника лимфогранулематоза в зависимости от стадии.
2. Клинические и биологические симптомы интоксикации при лимфогранулематозе.
3. Принципы диагностики и лечения лимфогранулематоза.
4. Методы диагностики лимфогранулематоза.
5. Принципы терапии лимфогранулематоза.
6. Вопросы этиопатогенеза лимфогранулематоза. Международная классификация опухолей кроветворной и лимфатической системы.
7. Лучевое лечение по радикальной программе лимфогранулематоза.
8. Морфологические варианты лимфогранулематоза.
9. Основные схемы химиотерапии при лимфогранулематозе.

Опухоли костей и мягких тканей.

1. Дифференциальная диагностика опухолей костей.
2. Лечение остеогенной саркомы у детей. Прогноз.
3. Лечение опухолей костей в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (ПР МЗ РФ № 602н от 07.11.12; № 1164н,1137н от 20.12.12; №1660н от 29.12.12) Прогноз.
4. Клинические проявления опухолей мягких тканей.
5. Современная классификация опухолей костей.
6. Методы диагностики опухолей мягких тканей. Дифференциальная диагностика опухолей этой локализации.
7. Лечение опухолей мягких тканей в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (ПР МЗ РФ № 641н,1742н от 07.11.12; № 1159н от 20.12.12). Прогноз.
8. Клинические проявления, методы диагностики опухолей костей.

Опухоли молочной железы

1. Предраковые заболевания молочной железы. Факторы риска.
2. Заболеваемость. Вопросы этиологии и патогенеза рака молочной железы.
3. Классификация рака молочной железы по стадиям и TNM.
4. Пути метастазирования рака молочной железы.
5. Клинические формы рака молочной железы.
6. Диагностика рака молочной железы. Методы специального обследования.
7. Общие принципы лечения рака молочной железы в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (ПР МЗ РФ № 612н,645н,661н от 07.11.12; № 723н, 704н,705н,782н,756н от 09.11.12).

8. Выбор оперативного вмешательства при раке молочной железы в соответствии со стандартами оказания медицинской помощи (ПР МЗ РФ № 645н от 07.11.12; № 705н, 782н от 09.11.12).

Курация и история болезни

Оценивание выполнения истории болезни включает в себя оценку хода курации, содержания, оформления истории болезни, а также за ответы на вопросы по истории болезни.

Разделы истории болезни должны быть написаны согласно требованиям:

- 1) жалобы;
- 2) анамнез;
- 3) данные объективного исследования;
- 4) данные лабораторного и инструментального обследования;
- 5) предварительный диагноз и его обоснование;
- 6) окончательный диагноз и его обоснование;
- 7) лечение с указанием группы препарата, механизма действия, рецептом;
- 8) дневник;
- 9) прогноз;
- 10) эпикриз;
- 11) использованные источники.

3. Примеры тестовых заданий.

1. К физическим канцерогенам относятся:
 1. Инфракрасные лучи
 2. Вибрация
 3. Ионизирующее излучение
2. Особенности углеводного обмена в опухолевых клетках:
 1. Аэробный гликолиз (до угл. газа и воды)
 2. Анаэробный гликолиз (до молочной кислоты)
 3. Полное отсутствие гликолиза
3. Инфекционные факторы, более всего связанные с этиопатогенезом опухолей:
 1. Бактериальная инфекция
 2. Паразитарная инфекция
 3. Вирусогенетический фактор
4. Степень контагиозности опухолевых заболеваний:
 1. Высококонтагиозны
 2. Абсолютно не контагиозны
 3. В редких случаях, при системных заболеваниях, при семейном контакте заражение не исключается
5. Опухоль состоит из клеток:
 1. Молодых, низкодифференцированных или недифференцированных
 2. Зрелых, активно выполняющих свои функции
 3. Старых, нефункционирующих, но не отторгнутых организмом
6. Какие виды лечения противопоказаны при опухолевых заболеваниях:

1. Антибиотики
 2. Парентеральное вливание белковых препаратов
 3. Витаминотерапия
 4. Физиотерапия
7. Какой из нижеперечисленных вирусов является причиной некоторых опухолей:
1. Вирус гриппа
 2. Вирус ветряной оспы
 3. ВПЧ
 4. Вирус гепатита А
8. Какое значение имеет наследственность в этиопатогенезе опухолей:
1. Все опухоли наследственно обусловлены
 2. Наследственность не имеет отношения к канцерогенезу
 3. Наследственно обусловленными являются 10 % опухолей (примеры)
9. Роль эндогенных факторов в канцерогенезе:
1. Эндогенных канцерогенов не существует
 2. Все опухоли связаны с эндогенными канцерогенами
 3. Существует часть опухолей, обусловленных эндогенными канцерогенами
10. В желудочно-кишечном тракте наиболее ракоопасными заболеваниями являются:
1. Диффузный семейный полипоз толстого кишечника
 2. Острые воспалительные процессы
 3. Хронические воспалительные процессы
11. У каких специалистов диспансеризуются больные с язвенной болезнью 12-перстной кишки:
1. У терапевтов
 2. У хирургов
 3. У онкологов
12. Какая локализация язвы в желудке является наиболее ракоопасной:
1. На малой кривизне
 2. На большой кривизне
 3. В антральном отделе
13. Дифференцировать язвенную болезнь и рак желудка следует на основании:
1. Типичной клиники, данных рентгено- и эндоскопии
 2. Результата пробного лечения
 3. Результата гастробиопсии
14. Как долго диспансеризуются онкобольные у онколога:
1. Первый год после лечения
 2. Первые 2 лет после лечения
 3. Всю оставшуюся жизнь
15. Опухоли толстой кишки вызывают непроходимость чаще всего:
1. Обтурационную
 2. Странгуляционную
 3. Смешанный вид

16. Какое гистологическое заключение указывает на злокачественную опухоль желудочно-кишечного тракта:
1. Аденома
 2. Аденокарцинома
 3. Лейомиома
17. Какие из названных эндопаразитов чаще всего способствуют развитию опухолей:
1. Аскариды
 2. Свиной солитер
 3. Кошачья двуустка
18. Какие бактерии более способствуют развитию опухолей желудка:
1. Энтерококки
 2. Пневмококки
 3. Хеликобактер
19. Какие вирусы более предрасполагают к развитию опухолей:
1. Гриппа
 2. Аденовирусы
 3. Гепатита В и С
20. Беременность в ближайшие годы после лечения рака молочной железы:
1. Желательна
 2. Противопоказана
 3. Никак не влияет на дальнейшую судьбу больной
21. Опухолевый процесс отражается на прочности кости:
1. Усиливая её (т. к. утолщает её размер)
 2. Ослабляет и способствует переломам
 3. Не отражается никак
22. Каким методом можно визуализировать мягкотканую опухоль:
1. Рентгеноскопически
 2. Рентгенографически
 3. УЗИ
23. Что такое Cancer in situ? (рак на месте или внутриэпителиальный):
1. Инвазивный, но измеряемый в мм рак
 2. Доброкачественный процесс с признаками начальной инвазии
 3. Рак, но неинвазивный, не переходящий даже базальную мембрану эпителия
24. Какие виды лучей наиболее глубоко ионизируют ткани организма:
1. Терапевтического лазера
 2. Рентгеновские
 3. Гамма лучи
 4. Получаемые в ускорителях электронов
25. Радиоактивным йодом можно лечить метастазы рака:
1. Молочной железы
 2. Предстательной железы
 3. Щитовидной железы

Вопросы общей онкологии

1. Для экзофитно растущих новообразований внутрь просвета органа характерно:
 - а. дефект наполнения любой формы
 - б. органическое (стойкое) сужение просвета полного органа с его деформацией
 - в. ригидность стенки на ограниченном участке
2. При злокачественном росте происходит:
 - а. угнетение Т-клеточного звена иммунитета
 - б. угнетение В-клеточного звена иммунитета
 - в. все перечисленное
3. Гиперкальциемия у онкологических больных развивается в результате:
 - а. уселения резорбции кости при остеолитических метастазах
 - б. остеолиза— вследствие выделения опухолью паратгормоноподобного белка
 - в. все перечисленное
4. Что включает в себя термин «первичная профилактика»:
 - а. модификация внутренних и внешних канцерогенных факторов
 - б. выявление и лечение предраковых заболеваний
 - в. диагностика ранних стадий злокачественных новообразований
5. К вторичной профилактике злокачественных новообразований относятся все перечисленные, кроме:
 - а. скрининговая маммография
 - б. тесн на простатспецифический антиген
 - в. ограничение употребления алкоголя
 - г. цитологический скрининг мазков с шейки матки
6. К маркерам злокачественного роста относятся:
 - а. антигены
 - б. гормоны
 - в. ферменты
 - г. все перечисленное
7. Факторами интоксикации у онкологических больных являются:
 - а. среднемолекулярные пептиды
 - б. гиперферментация
 - в. все перечисленное
8. У онкологических больных в анализах периферической крови СОЭ:
 - а. повышается
 - б. понижается
 - в. остается стабильным
9. Основными признаками злокачественного поражения костно-суставной системы являются все, кроме:
 - а. вздутие кости с ее деформацией
 - б. деструкция
 - в. остеопластические очаги
 - г. остеопороз
10. При злокачественных новообразованиях перекисное окисление липидов:
 - а. снижается

- b. активизируется
 - c. на изменяется
11. Какие методы рентгенологического исследования относятся к основным:
- a. рентгеноскопия
 - b. флюорография
 - c. рентгенография
 - d. электрорентгенография
 - e. все перечисленное
12. Символ «М» применяется для обозначения:
- a. метастазов в отдаленные органы
 - b. метастазов в отдаленные группы лимфатических узлов
 - c. и того, и другого
 - d. ни того, ни другого
13. Карцинома in situ в классификации ТНМ соответствует:
- a. I стадии
 - b. II стадии
 - c. III стадии
 - d. IV стадии
 - e. 0 стадии (стадии 0)
14. В доброкачественных опухолях дифференцировка клеток:
- a. не нарушена
 - b. нарушена умеренно
 - c. нарушена выраженно
 - d. возможны все варианты
15. Эпидемиология злокачественных новообразований изучает:
- a. причины возникновения и закономерности массового распространения опухолевых заболеваний
 - b. возможности профилактики онкологических заболеваний и пути борьбы с ним
 - c. и то, и другое
 - d. ни то, ни другое

Меланома.

1. При рецидивах после лучевой терапии рака кожи применяется лечение:
- a. хирургическое;
 - b. химиотерапия;
 - c. криотерапия.
2. В общей структуре заболеваемости злокачественными новообразованиями в России рак кожи занимает:
- a. 1%;
 - b. 10%;
 - c. 20%.
3. Малигнизации пигментных невусов способствуют все перечисленные факторы, кроме:
- a. механические травмы;
 - b. солнечная радиация;

- c. гормональные сдвиги в организме;
- d. курение.
- 4. Признаками малигнизации невусов являются все перечисленные, кроме:
 - a. изменение размеров;
 - b. изменение цвета и характера распределения пигмента;
 - c. изменение контуров;
 - d. оволосение.
- 5. Факторами риска возникновения рака кожи являются все перечисленные, кроме:
 - a. солнечная радиация;
 - b. вирусы;
 - c. механические и термические травмы;
 - d. химические канцерогены.
- 6. Меланома кожи чаще метастазирует:
 - a. имплантационным путем;
 - b. лимфогенно;
 - c. гематогенно.
- 7. Близкофокусная рентгенотерапия как самостоятельный радикальный метод лечения применяют при :
 - a. при поверхностных опухолях небольшого размера; (T1)
 - b. для лечения регионарных метастазов;
 - c. при рецидивах после лучевой терапии.
- 8. При меланоме кожи абсолютным противопоказанием является:
 - a. биопсия;
 - b. взятие мазков-отпечатков;
 - c. все перечисленное.
- 9. Наиболее частой локализацией рака кожи является:
 - a. голова и шея;
 - b. туловище;
 - c. нижние и верхние конечности.
- 10. Средний возраст больных раком кожи составляет:
 - a. 30-40 лет;
 - b. 40-50 лет;
 - c. 60-70 лет.
- 11. Профилактическими мерами озлокачивания пигментных невусов являются:
 - a. ограничение длительного пребывания на солнце;
 - b. иссечение травмируемых невусов;
 - c. все перечисленное.
- 12. К облигатным предракам кожи относят все перечисленные, кроме:
 - a. пигментная ксеродерма;
 - b. системная красная волчанка;
 - c. болезнь Педжета;
 - d. эритроплазия Кейра.
- 13. Базальноклеточный рак кожи:
 - a. обладает местнодеструкующим медленным ростом;

b. отличается инфильтративным ростом.

14. К факультативным предракам относят все перечисленные, кроме:

a. кожный рог;

b. болезнь Боуэна;

c. рубцы;

d. трофические язвы.

15. Базальноклеточный рак кожи:

a. не метастазирует;

b. обладает способностью к гематогенному метастазированию;

c. метастазирует лимфогенно.

Рак костей, мягких тканей

1. Рентгенологическими признаками хондросаркомы является:

a. наличие секвестров;

b. участки остеопороза и остеосклероза, козырек Кодмана, спикеры;

c. расширение костномозгового канала, отслоение надкостницы в виде луковичного периостита;

d. участки утолщения надкостницы, патологические переломы;

e. слоистые и бахромчатые периостальные наслоения;

f. все вышеперечисленное.

2. Злокачественные опухоли костей метастазируют:

a. лимфогенно;

b. гематогенно;

c. одинаково часто гематогенно и лимфогенно;

d. имплантационно.

3. Наиболее опасной доброкачественной опухолью, которая может малигнизироваться является:

a. остеохондрома;

b. остеома;

c. остеоид-остеома;

d. остеобластокластома;

e. хондрома.

4. Калечащими операциями в костной онкологии считаются:

a. порционные резекции кости, сегментарные резекции;

b. краевые резекции кости, экскохлеация опухоли;

c. ампутации конечностей, экзартикуляции, лопаточно-грудные ампутации;

d. резекции кости с аутооттрансплантацией;

e. резекция кости с аллотрансплантацией;

f. все вышеперечисленные.

5. Этапы лечения остеогенной саркомы следующие:

a. облучение, операция;

b. химиотерапия, операция, химиотерапия;

c. облучение, операция, химиотерапия;

d. облучение, химиотерапия;

e. операция, облучение.

6. Опухоли костей встречаются чаще всего:

- a. в молодом возрасте;
- b. в пожилом возрасте;
- c. одинаково часто во всех возрастах.

7. По классификации ВОЗ к хрящобразующим злокачественным опухолям относятся:

- a. фиброма;
- b. саркома Юинга;
- c. остеобластокластома;
- d. остеогенная саркома;
- e. хондрома;
- f. хондросаркома.

4. Ситуационные задачи

Современное состояние онкологии, проблемы и перспективы развития. Организация онкологической помощи.

Предраковые заболевания. Основные принципы диагностики и лечения.

Задача №1

Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких, УЗИ малого таза и брюшной полости): признаков диссеминации процесса нет.

Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы T4N0M0. Больной рекомендовано провести лучевое лечение.

Каковы основные принципы предлучевой подготовки больной?

Задача №2

Больная Х., 65 лет. Предъявляет жалобы на боли в области прямой кишки, выделение слизи, крови при акте дефекации. В анамнезе: хронический проктит. При обследовании установлен диагноз: рак среднеампулярного отдела прямой кишки. Принято решение о проведении комбинированного лечения: предоперационная лучевая терапия + чрезбрюшная резекция прямой кишки.

Какие возможны осложнения при облучении тазовой области?

Задача №3

Больной П., 48 лет. Предъявляет жалобы на першение, боли при глотании, ощущение инородного тела в горле. При осмотре выявлены увеличенные шейные лимфоузлы. Произведена фиброларингоскопия: слизистая задней стенки глотки инфильтрирована, имеется изъязвление, при инструментальной пальпации кровоточит. Установлен диагноз: рак гортаноглотки. Планируется комбинированное лечение: операция и лучевая

терапия.

Какие возможны побочные реакции при проведении лучевой терапии у данной больной?

Задача №4

Больная Б., 53 лет. Семейный анамнез: рак молочной железы у матери. Менструации с 11 лет. Жалобы на увеличение в размерах левой молочной железы, покраснение кожи. Объективно: молочная железа увеличена в объеме, уплотнена, кожа над ней гиперемирована, имеет вид лимонной корки. По результатам дообследования (рентгенологическое исследование легких): метастазы в правом легком. Выставлен диагноз: Первично отечно-инфильтративный рак левой молочной железы. T4N0M1. Метастазы в легкие. Больной планируется комбинированное лечение: неоадьювантная ПХТ, ЛТ, хирургическое лечение.

Каковы основные цели неоадьювантной химиотерапии?

Задача №5

Больной Б., 36 лет. Жалуется на боли в животе, преимущественно в области поясницы, чаще возникающие ночью, отеки нижних конечностей. Обследован гастроэнтерологом: патологии желудочно-кишечного тракта не выявлено. При УЗИ органов брюшной полости обнаружены увеличенные парааортальные лимфоузлы, спленомегалия. При РКТ органов малого таза: увеличенные подвздошные лимфоузлы. В анализе крови: СОЭ 35 мм\ч, лимфопения. Выставлен диагноз: лимфогранулематоз. Больному начато лечение: проведено 3 цикла ПХТ. Каковы критерии оценки эффективности химиотерапии?

Задача №6

Пациент пришел на прием к онкологу с жалобами на плотное, подкожное образование в области грудины.

К какой клинической группе он относится? За какой срок надо поставить диагноз?

Задача №7

Пациент после резекции желудка по поводу рака через 6 месяцев пришел на прием к онкологу для диспансерного наблюдения.

1. Какие обследования он должен пройти и для чего?
2. Как часто он должен обследоваться в дальнейшем?

Задача №8

У пациента 4 стадия рака предстательной железы.

1. К какой клинической группе он относится?
2. Определите план его лечения?

Задача №9

Больной по поводу рака молочной железы планируется провести

химиотерапию препаратами антрациклинового ряда.

1. Какие непосредственные осложнения надо ожидать?
2. Как их купировать?
3. Какие возможные отдаленные осложнения могут быть?

Задача №10

После лучевой терапии у больного кожа в месте облучения гиперемирована.

1. К какой группе осложнений относится данное проявление?
2. Как помочь больному?

Опухоли кожи

Рак кожи. Меланомы.

Задача №1

Больной 69 лет обратился с жалобами на изъязвленное кожное образование в области лба. Со слов больного образование существует в течение нескольких лет. Отмечает медленный рост образования. 4 месяца назад образовалась маленькая язвочка в области образования, которая постепенно увеличивается. При осмотре: в области лба поверхностное образование 1,5х2,5 см, выступающее над поверхностью кожи с изъязвлением в центре. Шейные лимфатические узлы не увеличены.

1. Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
2. Назовите необходимые дополнительные исследования?
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения?

Задача №2

Больная М., 39 лет. Жалобы на наличие новообразования на наружной поверхности правого плеча, которое увеличилось в размерах за последние 2 месяца. При осмотре: на латеральной поверхности плеча имеется узловое образование, размерами 3х4см, на широком основании, с выраженным сосудистым компонентом, бордово-коричневого цвета, легко кровоточит при пальпации, безболезненно. В правой подмышечной впадине пальпируются увеличенные до 2 см лимфоузлы. Отдаленных метастазов не выявлено.

1. Ваш предположительный диагноз?
2. Какова ваша схема лечения данного больного?
3. Какие пути метастазирования данной опухоли?

Опухоли головы и шеи

Рак нижней губы

Задача №1

У курильщика 68 лет появилась образование на слизистой красной каймы нижней губы покрытая корочкой. На шее слева пальпируется плотный лимфатический узел до 2см.

- А) Ваш предварительный диагноз?
- Б) С помощью какого метода это можно установить?
- В) Тактика лечения этого больного?

Задача №2

Через 2 года после лечения рака нижней губы у женщины появились плотные лимфатические узлы в подчелюстной области слева.

- А) Ваш предварительный диагноз?
- Б) Ваша дальнейшая тактика дообследования и лечения?

Рак языка и слизистой оболочки полости рта

Задача №1

Больному 5 лет назад выполнена радикальная операция по поводу рака языка. При контрольном осмотре жалоб не предъявляет. Рецидива и метастазов нет.

- А) Когда ему явиться на следующий контрольный осмотр?
- Б) Какой минимальный метод обследования необходимо при этом выполнить?

Задача №2

Больного в течение последнего года беспокоят периодические боли на левой боковой поверхности языка. Около 2 месяцев назад появилась уплотнение на этом месте. Обратился к врачу.

Тактика действия врача?

Опухоли слюнных желез

Задача №1

Больного в течении последнего года беспокоят периодические боли в области левой околоушной слюнной железы. Около 2-х месяцев назад появилась ассиметрия лица и уплотнение на этом месте. Обратился к врачу.

- А) Тактика действия врача?
- Б) Наиболее вероятный диагноз?

Задача №2

Через 2 года после лечения рака правой подчелюстной слюнной железы у мужчины появились плотные лимфатические узлы на шее слева.

- А) Тактика действия врача?
- Б) Наиболее вероятный диагноз?

Рак щитовидной железы и гортаноглотки

Задача №1

Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа роста зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень

кальцитонина.

Ваш диагноз? С какими заболеваниями нужно проводить дифференциальную диагностику?

Задача №2

Больная Ж., 50 лет, радиолог. В анамнезе: зоб, повышенные цифры ТТГ. Семейный анамнез: бабушка умерла от рака щитовидной железы. Жалобы на увеличение темпа роста зоба, появление уплотнения в ткани железы. Объективно: температура тела - N, щитовидная железа увеличена в размерах, в ткани железы пальпируется уплотнение без четких границ. По результатам обследования обращает на себя внимание повышенный уровень кальцитонина. При сцинтиграфии костей скелета выявлены очаги повышенного накопления радиофармпрепарата в бедренных костях, которые расценены как метастатические.

Ваш диагноз? Тактика лечения?

Предраковые заболевания и рак молочной железы Мастопатии. Рак молочной железы.

Задача № 1

Пациентка 43 лет обратилась с жалобами на обильные выделения из соска правой молочной железы. Беспокоят в течение 2х месяцев. Вначале выделения были светло- желтого цвета, в последнее время приобрели бурый оттенок. Во время последней маммографии, выполненной 6 месяцев назад, патологии не обнаружено. При осмотре: Молочные железы симметричны. При надавливании на правый сосок отмечается наличие выделений бурого цвета. Выделения из левого соска отсутствуют. При пальпации узловые образования не определяются. Региональные лимфатические узлы не увеличены.

- 1.Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.
2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
- 3.Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения, прогнозе заболевания.

Задача № 2

Пациентка 48 лет обратилась с жалобами на отек, болезненность левой молочной железы. Жалобы возникли 2 недели назад, симптоматика постепенно нарастала. Температура тела 36,6 С. При осмотре: Левая молочная железа больше левой, кожа железы диффузно отечна, гиперемирована. Отмечается повышение локальной температуры. При пальпации умеренно болезненна, диффузно уплотнена за счет отека. Узловые образования не определяются. В левой подмышечной области определяются увеличенные подмышечные лимфатические узлы, плотной консистенции, безболезненные.

- 1.Сформулируйте и обоснуйте предположительный диагноз. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику.

2. Назовите необходимые дополнительные исследования.
3. Определите Вашу тактику в отношении пациента, расскажите о принципах лечения.

Рак легкого

Задача №1

Больной А. 58 лет, автослесарь 40 лет, курит 45 лет. Отец умер от рака легкого. Жалобы на кашель с прожилками крови в мокроте, боли в правом боку, одышку. Похудел за 3 месяца на 8 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки определяется притупление перкуторного звука справа сзади от 4 ребра вниз; аускультативно: ослабленное дыхание справа в нижних отделах. Рентгенологически: справа - гомогенное затемнение в нижних отделах грудной клетки, объемное уменьшение правого легкого. Бронхоскопия: трахея и бронхи слева без патологии, справа просвет промежуточного бронха щелевидно сужен. Гистологическое исследование: плоскоклеточный низко-дифференцированный рак. УЗИ органов брюшной полости: печень, почки - без патологии. Сканирование скелета: очагов накопления препарата не выявлено. РКТ головного мозга - без патологии.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №2

Больная Б. 61 год, дорожная рабочая 35 лет, не курит. Мать умерла от рака легкого. Жалобы: на сухой кашель, периодические боли в левой половине грудной клетки. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, дыхание везикулярное, притупление перкуторного звука нет. Рентгенологическое исследование грудной клетки: справа- без патологии, слева в 6 сегменте определяется округлое образование с лучистыми контурами до 3х см в диаметре. Регионарные лимфоузлы не увеличены. Бронхоскопия: трахея и бронхи без патологии. УЗИ брюшной полости: печень, почки - без патологии.

Диагноз? Тактика лечения?

Опухоли пищеварительного тракта Рак пищевода.

Рак желудка.

Задача №1

Больной В. 60 лет, шофер 40 лет. Курит 45 лет. Отец умер от рака пищевода. 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, в пищеводе в средней трети имеется сужение просвета за счет дефекта наполнения по право-задней стенке на протяжении 5 см., деформация контуров пищевода. Эзофагоскопия: в средней трети на уровне 29 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: патологии не

выявлено.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №2

Больной Г. 45 лет, строитель, мать умерла от рака желудка. В анамнезе 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.

Диагноз? Лечебная тактика?

Рак ободочной кишки.

Опухоли билиопанкреатодуоденальной зоны.

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 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 7 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, при перкуссии грудной клетки ясный легочный звук, аускультативно: дыхание 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: в печени в области 7 сегмента имеется округлое образование, без четких границ, в головке поджелудочной железы определяется объемное образование 3х3см, поджелудочная железа имеет неоднородную структуру, отечна, забрюшинные лимфоузлы не увеличены. РКТ органов 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? Тактика лечения?

Рак прямой кишки.

Задача №1

Больной И. 65 лет, шофер, мать умерла от рака прямой кишки. Жалобы на боли при дефекации, на периодически появляющиеся прожилки крови в кале. Похудел за последние 3 месяца на 5 кг. Объективно: периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, безболезненный. Ирригоскопия: в верхней и средней трети прямой кишки по правой стенке имеется дефект наполнения, деформирующий контуры кишки (суживающий ее просвет). Ректороманоскопия: на правой стенке кишки экзофитное разрастание в средней и верхней трети. Биопсия. Гистологически: аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Задача №2

Больная К. 65 лет, страдает геморроем 20 лет. В прошлом работник химкомбината в течении 45 лет. Жалобы на запоры, боли в прямой кишке, лентовидный стул. За последние 3 месяца похудела на 8 кг. Объективно: невоспаленный геморрой. Ирригоскопия: ампула прямой кишки уменьшена в объеме, деформирована за счет инфильтрации. Ректороманоскопия: слизистая инфильтративно изменена, ригидна в нижней и средней трети. Биопсия. Гистологически: инфильтративный рак, низкодифференцированная аденокарцинома. УЗИ органов брюшной полости: без патологии.

Диагноз? Лечебная тактика?

Рак печени.

Задача №1

Больной С. 60 лет. Жалобы на тупые боли в верхней половине живота, потерю аппетита, желтушности кожи. В анамнезе гепатит В. Объективно: кожные покровы желтые, периферические лимфоузлы не увеличены, живот мягкий, увеличен в объеме, отмечается гепатомегалия. УЗИ, КТ брюшной полости: 4,5,6 сегменты печени занимает объемное образование размерами 4х5 см в диаметре с нечеткими границами, в воротах печени увеличенные лимфатические узлы, асцит. Маркер: АФП 700 нг\мл. Гистологическое заключение: гепатоцеллюлярный рак.

Диагноз? Тактика лечения?

Задача №2

Больной И., 36 лет. В течение 4-х лет болен вирусным гепатитом С.

При настоящем обследовании в правой доле печени, на фоне цирротических изменений. Определяется объемное образование до 7,0 см в диаметре. Определите диагностическую и лечебную тактику, назовите возможные варианты заболеваний.

Опухоли костей и мягких тканей

Задача №1

Больная Х., 23 лет. Жалобы на боли в левой ноге, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: в области латеральной поверхности средней трети левого бедра пальпируется опухолевидное образование, малоподвижное, каменистой плотности, размерами 5х6 см. Паховые лимфоузлы увеличены, плотно-эластической консистенции, размерами от 1 до 2 см, безболезненны. Больной выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ: опухоль располагается в средней трети бедренной кости, протяженностью до 6 см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ.

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

Задача №2

Больной П., 19 лет. Жалобы на боли в правом плече, интенсивного характера, беспокоящие в ночное время. Объективно: правое плечо обычной конфигурации, кожные покровы не изменены, при пальпации отмечается локальная болезненность в средней трети. Больному выполнено радиоизотопное исследование костей скелета, РКТ, МРТ: опухоль располагается в средней трети плечевой кости, протяженностью до 5см, выходит за пределы кортикального слоя. В сыворотке крови обнаружено повышение уровня щелочной фосфатазы и ЛДГ. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки выявлены метастазы в правом легком.

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

ЛИМФОМЫ

Лимфогранулематоз.

Задача №1

Больная Р., 35 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38 ° в течении нескольких дней подряд, ночную потливость, похудание, кожный зуд, наличие опухолевидного образования в области шеи. При осмотре пальпируются увеличенные шейные и затылочные лимфоузлы. В легких дыхание везикулярное, проводится во все отделы. Живот мягкий, безболезненный. В анализе крови: СОЭ 30 мм\ч, фибриноген 570 мг%, лимфоциты 27%.

Ваш предположительный диагноз? Каков объем обследования данной больной? Какие клетки обнаруживаются при гистологическом исследовании данного вида опухоли?

Задача №2

Больной Г., 37 лет. Предъявляет жалобы повышение температуры тела до 38 ° в течении 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?

Неходжкинские лимфомы (Лимфосаркомы).

Задача №1

К участковому терапевту обратилась пациентка Н, 30 лет с жалобами на увеличение подмышечных, паховых лимфоузлов с обеих сторон. За последние 6 месяцев пациентка похудела на 10 кг, отмечает вечерний подъем температуры тела до 38 С, повышенную ночную потливость. При осмотре: выраженная астения, подмышечные и паховые лимфоузлы резко увеличены, малоподвижны, безболезненны.

1. Какое заболевание можно предположить у данной пациентки на основании данных анамнеза и осмотра?

2. Какие диагностические мероприятия могут подтвердить диагноз?

Задача №2

В отделение гематологии областной больницы поступила пациентка Д., 45 лет с диагнозом: неходжкинская лимфома, 2 стадия, небластный вариант. Диагноз подтвержден гистологическим исследованием с иммунофенотипированием.

1. От каких факторов зависит дальнейшее лечение пациентки?

2. Приведите схему химиотерапию используемую в данном случае?

Злокачественные опухоли женских половых органов. Рак шейки матки. Рак тела матки. Рак яичников.

Задача №1

Больная К.Т.М. - 70 лет, считает себя больной с декабря 2008 года, когда впервые отметила появление кровянистых выделений из половых путей на фоне менопаузы. В январе 2009 года больную госпитализировали. Гинекологический осмотр: 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 свободны.

- А) Ваш предварительный диагноз?
- Б) Какие методы диагностики нужно применить для постановки диагноза?
- В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №2

У больной К.Л.Г. – 50 лет появились жалобы на кровянистые выделения из половых путей на фоне менопаузы. По месту жительства выполнили раздельное диагностическое выскабливание. Гистологическое заключение: аденокарцинома. Гинекологический осмотр: 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. Выполнили операцию в объеме - экстирпация матки с придатками. Гистологическое заключение: шейка матки выстлана многослойным плоским и цилиндрическим эпителием. В эндометрии разрастание умереннодифференцированной эндометриоидной аденокарциномы с плоскоклеточной метаплазией, с инвазией в миометрий до 5 мм (менее толщины миометрия). Яичники и маточные трубы с признаками возрастной инволюции.

- А) Сформулируйте заключительный диагноз, стадию?
- Б) У данной больной метастазы не обнаружены?

Трофобластические опухоли.

Задача №1

Больная И.А.Н., 28 лет. В июле 2009 года ЭКО в связи с бесплодием трубного генеза. В сроке 5 недель – неразвивающаяся беременность по данным УЗИ. 24.07.09г – РДВ. С июля 2009г по сентябрь 2009г продолжались кровянистые выделения. Обратилась к гинекологу. ХГ – (29.09.09г) – 305,5 МЕ/л. Матка мягковатой консистенции, увеличена до 10 недель беременности.

- А) Ваш предварительный диагноз?
- Б) Ваш алгоритм обследования?
- В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Задача №2

Больная Б.И.И., 26 лет. Последняя нормальная менструация в июне 2009 года. В августе 2009 года после недельной задержки менструации отметила кровянистые выделения из половых путей. По месту жительства выполнено РДВ. После РДВ кровянистые выделения из половых путей усилились. 12.10.09г повторное РДВ. ХГ от 27.10.09г – 32 тыс. МЕ/л.

А) Ваш предварительный диагноз? Б) Ваш алгоритм обследования? В) Какой метод лечения нужно применить в данном случае?

Некоторые клинические синдромы в онкологии Метастазы рака неизвестной первичной локализации (МРНПЛ). Паранеопластический синдром. Семейно-ассоциированный опухолевый синдром. Болевой компрессионный корешковый синдром при онкологических заболеваниях. Первичные и метастатические опухоли позвоночника. Миеломная болезнь. Современные представления о первично-множественных опухолях.

Задача №1

Пациент Э., 35 лет, обратился к хирургу в поликлинику по месту жительства с жалобами на припухлость в области шеи после перенесенной 3 месяца назад ангины. При осмотре: область шеи справа увеличена за счет безболезненного, малоподвижного образования. Т тела в пределах нормы. Хирургом был поставлен диагноз «шейный лимфаденит» и назначена антибактериальная терапия. Однако эффекта от антибактериальной терапии в течении 7 дней не отмечалось, образование в области шеи увеличивалось и пациент был направлен на консультацию к районному онкологу.

1. В чем тактическая ошибка хирурга поликлиники?
2. Какой комплекс диагностических мероприятий для уточнения диагноза может быть использован районным онкологом?
3. Какой диагноз можно поставить пациенту на данном этапе?

Задача №2

К онкологу в онкологическом диспансере обратилась пациентка К. 63 лет с жалобами на отечность и увеличение в объеме правой подмышечной области. При осмотре: кожа правой подмышечной области визуально не изменена. При пальпации в правой подмышечной области пальпируется крупный лимфоузел, около 3 см в диаметре, малосмещаемый, безболезненный. Молочные железы без узловых образований. Другие группы периферических лимфоузлов не увеличены. Пациентке выполнена диагностическая тонкоигольная биопсия лимфоузла правой подмышечной области, которая оказалась безуспешной и диагностического материала не содержала, маммографическое исследование - без патологических образований в молочных железах.

1. Какова дальнейшая тактика онколога?
2. Метастазами из каких других первичных очагов (кроме молочной железы) могут поражаться подмышечные лимфоузлы?