

ЛЬВІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
імені ДАНИЛА ГАЛИЦЬКОГО

КАФЕДРА ОНКОЛОГІЇ ТА РАДІОЛОГІЇ ФЦДО

## СИТУАЦІЙНІ ЗАДАЧІ З ОНКОЛОГІЇ

Учбовий посібник  
для самостійної роботи слухачів

Львів 2018

Ситуаційні задачі склали: зав. кафедри, д.м.н. проф Фецич Т.Г. (головний редактор)

д.м.н., проф. Стернюк Ю.М.  
д.м.н., проф. Савран В.Р.  
к.м.н., доц. Володько Н.А.  
к.м.н., доц. Олійник Ю.Ю.  
к.м.н., ас. Ярема Р.Р.  
к.м.н., ас. Лукавецький Н.О.  
к.м.н., ас. Зубарев М.Г.  
ас. Ковальський В.В.  
ас. Присташ Ю.Я.

**Рецензенти:**

*Професор кафедри факультетської хірургії медичного факультету №*

*1*

*Д.м.н. О.В. Лукавецький*

*Професор кафедри сімейної медицини ФПДО*

*Д.м.н. В.А. Скибчик*

Ситуаційні задачі з онкології призначені для самоконтролю рівня засвоєння знань під час підготовки студентів до практичних занять, а також виконання самостійної роботи. Вони нададуть їм допомогу і в підготовці до складання поточного та заключного модульного контролю.

Ситуаційні задачі можуть використовуватися і для програмованого контролю знань з теоретичної і клінічної онкології,

Кожна ситуаційна задача відображає конкретний випадок з практики, викладений схематично. При його вирішенні необхідно відповісти на поставлені запитання щодо розпізнавання захворювання і його лікування. У кожному розділі збірки викладені відповіді на завдання, які мають логічне обґрунтування. У деяких з них дані різні варіанти лікувально-діагностичної тактики.

## ЗМІСТ

<i>ПУХЛИНИ ГОЛОВИ І ШИЇ</i>	1
<i>ПУХЛИНИ ШКІРИ</i>	1
<i>ПУХЛИНИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ</i>	2
<i>ПУХЛИНИ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ</i>	3
<i>РАК ШЛУНКА</i>	3
<i>ПУХЛИНИ СТРАВОХОДУ</i>	4
<i>РАК ПЕЧІНКИ</i>	4
<i>РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ</i>	5
<i>КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК</i>	5
<i>ПУХЛИНИ ШИЙКИ МАТКИ, ЕНДОМЕТРІЯ, ЯСЧНИКІВ</i>	7
<i>ПУХЛИНИ НИРКИ, СЕЧОВОГО МІХУРА, ПРОСТАТИ</i>	7
<i>САРКОМИ М'ЯКИХ ТКАНИН І КІСТОК</i>	8
<i>ЛІТЕРАТУРА</i>	9

## ПУХЛИНИ ГОЛОВИ І ШІЇ

1.

У поліклінічне відділ онкологічного центру сімейним лікарем скерований підліток Л., 15 років з діагнозом пухлини скронево-тім'яної ділянки. Пацієнт особливих скарг не виявляє. Анамнез захворювання: вважає себе хворим протягом 5 років. При об'єктивному дослідженні виявлено у скронево-тім'яній області справа визначається пухлиноподібний утвір 8x4 см м'якої консистенції. Від новоутвору відходить велика кількість потужних пульсуючих судин.

1. Який слід встановити діагноз?
2. Які наступні діагностичні кроки необхідні у цьому випадку?
3. Яке лікування необхідно планувати цьому хворому?

### Еталони відповідей

1. У хворого - гемангіома скронево-тім'яної області голови справа.
2. Для визначення виду лікування необхідно зробити ангиографію.
3. Якщо є зв'язок із синусами голови, показана променева терапія, а якщо такий зв'язок відсутній, тоді слід застосувати хірургічне лікування.

2.

Хворий Х., 39 р., поступив в діагностичне відділ онкологічного центру з діагнозом: підозра на лімфогранулематоз, лівобічний шийний лімфаденіт неясної етіології, або метастаз раку в шийні лімфатичні вузли. З анамнезу відомо, що вважає себе хворим на протязі кількох місяців., коли вперше відмітив пухлиноподібний утвір на шії зліва.

Загальний стан задовільний. Пухлина розміром 5x6x7 см, при пальпації щільно-еластичної консистенції, гладка, безболісна, неспаяна з шкірою. Цитологічне дослідження біоптату лімфатичного вузла ознак пухлинного ураження в лімфатичному вузлі не виявило.

При ангиографічному обстеженні виявлено непрохідність загальної сонної артерії у зоні пухлини.

1. Яке захворювання у хворого?
2. Якою повинна бути лікувальна тактика щодо цього хворого?

### Еталони відповідей

1. Найбільш вірогідний діагноз – хемодектома.
2. Показане хірургічне лікування. Після видалення пухлини діагноз необхідно підтвердити гістологічним дослідженням.

3.

Хворий А., 48 р., скаржиться на послаблення голосу, періодично хрипоту, кашель при прийомі їжі, зокрема рідкої. Сімейним лікарем з діагнозом підозра на рак гортані скерований до ЛОР-спеціаліста, який виявив параліч лівої голосової зв'язки.

1. Який ваш імовірний діагноз?
2. Які дослідження необхідні для остаточного встановлення діагнозу?

### Еталони відповідей

1. Порушення функції центральної нервової системи (стовбурові порушення) на ґрунті пухлинного процесу.
2. Для встановлення діагнозу необхідні КТ, МРТ-дослідження, консультація спеціаліста неврологічного профілю.

4.

При об'єктивному дослідженні лікар поліклініки онкологічного центру виявив у хворого Н., 64 р., виразку на нижній губі розміром до 6 мм. Зона регіонарних лімфатичних вузлів без особливостей. Цитологічне дослідження мазків-відпечатків з виразки – «плоскоклітинний рак з ороговінням».

1. Який клінічний діагноз у хворого?
2. Яке лікування слід призначити цьому хворому?

**Еталони відповідей**

1. Рак нижньої губи T1N0M0, I ст., II A клінічна група.
2. Хворому слід призначити близькофокусну рентгенотерапію.

5.

При огляді у дільничного терапевта виявлений хворий із злоякісним новоутвором шкіри шії III стадії.

1. Який порядок дій лікаря згідно сучасних стандартів МОЗ?.
2. Які документи слід оформити лікареві на виявленого хворого?

**Еталони відповідей**

1. Необхідно скерувати хворого в онкологічний диспансер.
2. Необхідно заповнити повідомлення про хворого, з перше у житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутворення (форма № 027-1/о), і протокол про виявлення хворого злоякісною пухлиною в запущеній стадії (форма № 027-2/о).

6.

Хвора М., 19 р., поступила у відділ пухлин голови та шії онкологічного центру зі скаргами на наявність пухлиноподібного утвору в області шії справа. При об'єктивному дослідженні під правим кивальним м'язом визначається пухлиноподібний утвір розмірами 5х4 см, рухомий, не спаяний зі шкірою і підлеглими тканинами, еластичної консистенції. Проведена пункція, евакуйовано близько 5 см<sup>3</sup> рідини темно-бурого кольору. При цитологічному дослідженні її відзначається скупчення еритроцитів і лейкоцитів. Виконана операція - екстирпація кісти. У верхньому полюсі кісти є ділянка ущільнення капсули розміром 1х1 см. Препарат направлений на дослідження. Гістологічний висновок: метастаз папілярного раку щитоподібної залози.

Яка ваша подальша лікувальна тактика?

**Еталони відповідей**

Хворому показана тироїдектомія з подальшою радіоїодтерапією та супресивною гормонотерапією.

7.

У хворого К., 16 р., на обличчі і шиї є вогнища почервоніння шкіри, пігментні плями, бородавчасті розростання. При гістологічному дослідженні ці зміни виявилися акантомами.

Яка ваша лікувальна тактика і заходи профілактики?

#### Еталони відповідей

1. При обмежених або одиничних бородавчастих розростаннях показано видалення ножем або електроекцизію. При множинних ураженнях – близько-короткофокусна рентгенотерапія.

2. Хворим необхідно захищатися від сонячних променів, бажано носити широкополі капелюхи.

#### 8.

При огляді у хворого Н., 47 р., виявлено потовщення і огрубіння червоної облямівки губи, сухість і втрата нею нормального блиску, лущення, ерозії.

1. Про яке захворювання слід думати у цьому випадку?

2. Яке лікування і профілактичні заходи можна рекомендувати у даному випадку?

#### Еталони відповідей

1. Хворий страждає на дифузний дискератоз.

2. Насамперед, необхідна категорична відмова від паління тютюну.

Особам, які працюють на відкритому повітрі, слід проводити систематичне змазування червоної облямівки нейтральним жиром. При рецидивних процесах - перехід на роботу у закритому приміщенні. У запущених випадках необхідно проводити видалення червоної облямівки і зшивання шкіри зі слизовою або пластику слизової нижньої губи.

#### 9.

У хворі Г., 44 р., на слизовій оболонці щоки є значна кількість білястих плям різної величини і форми, м'яких на дотик.

1. Який ваш діагноз?

2. Яка ваша лікувальна тактика і профілактичні заходи?

#### Еталони відповідей

1. Хвора страждає на лейкокератоз.

2. Показано видалення окремих щільних і шорстких пляшкоподібних ділянок з наступним гістологічним дослідженням. З метою профілактики слід дотримуватися гігієни порожнини рота (санація зубів, лікування хронічних запальних захворювань, відмова від тютюнопаління, вітамінізована їжа.

#### 10.

У хворого С., 63 р., на правій вушній раковині визначається пухлиноподібний утвір розмірами 2x1,5 см щільної консистенції, коричневого кольору, поверхня його горбиста. Основа більш м'яка, ніж верхівка і відділяється від навколишньої шкіри обідком рожевого кольору.

1. Який ваш попередній діагноз?

2. Яка ваша лікувальна тактика у цьому випадку ?

### Еталони відповідей

1. У хворого - шкірний ріг.
2. Лікування зводиться до видалення шкірного рогу з основою. Віддалені результати хороші. З меншим успіхом можна застосовувати короткофокусну рентгенотерапію (разова доза 4-5 Гр, сумарна – до 40 Гр).

### 11.

Хворий А., 54 р., звернувся в онкологічний диспансер зс скаргами на наявність на шкірі обличчя справа пухлиноподібного утвору величиною 1,5x1,5 см, на вершині якого є кратероподібна виразка з опуклими щільними краями, Дно виразки блідо-червоного кольору, легко кровоточить при дотику. Виділення з виразки мізерні.

1. Який ваш попередній діагноз ?
2. Яка ваша подальша діагностична тактика?
2. Проведіть диференційну діагностику цього захворювання.

### Еталони відповідей

1. Попередній діагноз – рак шкіри І ст.
2. Необхідно верифікувати процес морфологічно.
2. Рак шкіри слід диференціювати з такими захворюваннями, як червоний вовчак, бородавчастий туберкульоз, актиномікоз, горбковий сифіліс і ботріомікоз.

### 12.

Хворий О., 45 р., курець з тривалим анамнезом, скаржить на захриплість голосу, яка розвинулась на протязі останніх декількох місяців. В анамнезі часті простудні захворювання, періодично відзначалась нетривала захриплість голосу, тому до лікаря одразу не звертався. Оглянутий вдома сімейним лікарем. При об'єктивному дослідженні виявлено, що ділянка ший без особливостей, пальпаторно – відсутність характерного хрусту при зміщенні хрящів гортані.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. Яка ваша подальша діагностична тактика?

### Еталони відповідей

1. Рак гортані.
2. ЛОР-огляд, фіброларингоскопія, КТ гортані.

### 13.

Хворий Ф., 46 р., який має тривалий анамнез тютюнопаління, скаржить на неприємні відчуття на язичку, посилену слинотечу, неприємний запах з рота. По боковій поверхні язика визначається виразка в межах слизової оболонки і підслизового шару розміром до 1,0 см у діаметрі. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Цитологічне дослідження мазка-відбитка з поверхні виразки виявило плоскоклітинний рак.

1. Який діагностично-лікувальний алгоритм дій лікаря-онколога?
2. Клінічний діагноз?
3. Рекомендоване лікування?

### Еталони відповідей

1. Біопсія виразки з наступним морфологічним дослідженням.
2. Рак язика T1N0M0, I ст., П клінічна група.
3. Рекомендоване комбіноване лікування Перший етап - передопераційне. Опромінювання. Другий етап - через 3-4 тижні після затихання післяпроменевого реактивного явища проводять половинну електроексцизію, ураженої половини язика.

14.

Хворий Н., 55 років, скаржиться на припухлість у правій привушній ділянці. Вважає себе хворим біля 2-х місяців. При об'єктивному дослідженні відзначається пухлиноподібний утвір розмірами 8x8 см щільної консистенції, горбистий. Порушення функції зі сторони лицевого нерва відсутні.

1. Найімовірніший попередній діагноз у цьому випадку?
2. Яким повинен бути діагностично-лікувальний алгоритм?

### Еталони відповідей

1. Найімовірніший діагноз – змішана пухлина привушної слинної залози.
2. Пункційна біопсія з наступним цитологічним дослідженням. При підтвердженні діагнозу – резекція залози в площині розгалуження лицевого нерва.

15.

У стоматологічну поліклініку звернувся хворий Г., 43 років, зі скаргами на припухлість у правій підщелепній ділянці. В анамнезі зауважив 2 місяці тому під час гоління, спочатку пов'язував ці зміни з каріозним зубом на цьому ж боці. При об'єктивному дослідженні виявлено у правій підщелепній ділянці ближче до кута щелепи пухлиноподібний утвір округлої форми, щільно-еластичної консистенції, рухомий, з гладкою дещо вузлуватою поверхнею. У порожнині рота слизова щоки справа дещо гіперемована, каріозно змінений перший моляр. Периферичні лімфовузли не пальпуються. При додаткових інструментальних дослідженнях патологічних змін в інших органах не виявлено. Лікар запідозрив пухлину слинної залози і скерував пацієнта в хірургічну стоматологічну клініку.

1. Які пухлини домінують у структурі пухлинних захворювань слинних залоз?
2. Які ви знаєте гістологічні форми злоякісних пухлин слинних залоз і в який спосіб їх найчастіше верифікують?
3. Який слід вибрати план лікування хворого, якщо буде встановлено непластичний характер пухлини?

### Еталони відповідей

1. У структурі пухлинних захворювань слинних залоз домінують доброякісні пухлини.
2. У слинній залозі найчастіше розвиваються епітеліальні злоякісні пухлини: мукоепідермоїдна пухлина, аденокістозна карцинома (циліндрома), аденокарцинома, епідермоїдна і недиференційована карцинома. Слинні залози мо-



жуть уражатися метастатичними пухлинами. Найчастіше верифікацію здійснюють шляхом пункційно-аспіраційної і біопсії.

3. У такій ситуації (за умови резектабельності) показане хірургічне лікування: виконується фулярно-фасціальне висічення клітковини шії разом з ураженою залозою.

16.

Хворий Р., 29 років, звернувся у до лікаря стоматолога зі скаргами на наявність пухлиноподібного утвору у с/3 переднього відділу шії справа, який з'явився два роки тому і поступово збільшується в розмірах. При об'єктивному дослідженні виявлено пухлину розмірами 2x1 см, яка локалізується у правій частці щитоподібної залози, щільної консистенції, горбиста. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені. Результат цитологічного дослідження пунктату вузла - папілярна аденокарцинома.

Діагноз? Яке лікування необхідно призначити хворому?

**Еталони відповідей**

1. Рак щитоподібної залози T2N0M0, ст. I, кл.гр. II A.
2. Стандартом лікування раку щитоподібної залози є тироїдектомія, з наступною радіойодтерапією та супресивною гормонотерапією.

17

У хворого М., 47 р., діагностовано рак щитоподібної залози IV стадії. Після патогістологічного дослідження біоптату пухлини виявлено папілярну аденокарциному. Пухлина проростає у трахею і стравохід, клінічно спостерігається повна нерухомість залози, є віддалені метастази.

Яке лікування слід призначити хворому?

**Еталони відповідей**

При неоперабельних формах раку щитоподібної залози слід призначити хворим гормонотерапію (тироксин) по 250-300 мкг г в добу. В індивідуальному порядку вирішити питання про можливість застосування радіойодтерапії чи дистанційної гамма-терапії на зону залози.

18

У хворого Н., 61 р., у надключичній області зліва визначається пухлиноподібний утвір завбільшки 4x4 см. При пальпації пухлина неболюча і іррадіює у шию і плечовий пояс. Позитивний симптом Горнера. Пухлина видалена хірургічним шляхом. Гістологічний висновок: злоякісна невринома.

1. Як часто зустрічаються неврини шії?

2. Який метод їх лікування є основним?

**Еталони відповідей**

1. Неврини шії складають 60% новоутворень периферійних нервів, симптоматичних гангліїв і власне нервової тканини.

2. Основним методом лікування неврини є хірургічне видалення. Враховуючи рідкість рецидивів, операція повинна носити щадний характер.

Хворий П., 20 р., звернувся до онколога зі скаргами на збільшення шийних лімфатичних вузлів, свербіння шкіри, значну пітливість, швидку втомлюваність, субфебрильну температуру тіла, втрату маси тіла на 10 кг за останні три місяці. Вважає себе хворим близько року, лікувався у туберкульозному диспансері з приводу туберкульозного лімфаденіту, проте поліпшення не наступило.

При об'єктивному дослідженні виявлено наступне: середнього зросту, зниженого стану від живлення. Шкіра і видимі слизові бліді. Шкіра підвищеної вологості. Периферійні шийні лімфатичні вузли щільні, в діаметрі від 0,5 до 1,5 см. Гістологічний висновок дослідження біоптату шийного лімфатичного вузла – лімфогранулематоз, змішаноклітинний варіант. Згідно даних додаткових інструментальних досліджень (УЗД, рентгенологічні дослідження) уражень інших груп лімфатичних вузлів не виявлено.

1. Повний клінічний діагноз?
2. Яка помилка допущена лікарями загальної лікувальної мережі?
3. Яке слід призначити лікування?

#### Еталони відповідей

1. Лімфогранулематоз, змішаноклітинний варіант, ст. II Б
2. Помилка фізіатрів полягає в тому, що вони проводили спеціальне лікування попередньо не підтвердивши свій діагноз морфологічним дослідженням.
3. Терапія лімфогранулематозу визначається стадією захворювання. Лікування слід почати з курсу поліхіміотерапії.

Як відомо, міксоми, аденоми, ліпоми, ангіоми відносяться до доброякісних пухлин слинних залоз..

1. З якими захворюваннями слід проводити диференційну діагностику?
2. Що являється характерною особливістю клінічного перебігу цих пухлин?

#### Еталони відповідей

1. Доброякісні пухлини слинних залоз слід диференціювати із запальними процесами, каменями слинних залоз, туберкульозним лімфаденітом, сифілісом, актиномікозом, кістами слинних залоз, хронічним лімфаденітом, хворобою Мікуліча.
2. Характерною особливістю їх клінічного перебігу є відсутність болю та порушень функції лицевого нерва.

## ПУХЛИНИ ШКІРИ

У хворої А., 30 р., на шкірі грудної клітки хірург поліклініки видалив “родимку” темно-коричневого кольору. Морфологічне дослідження не проводилося. Через 5 місяців хвора звернулася повторно зі скаргами на наявність ущільнення під правою пахвою. При об’єктивному дослідженні виявлено у правій пахвовій ділянці конгломерат обмежено рухомих лімфатичних вузлів. Рубець у ділянці видаленого утворення гладенький, м’який.

1. Який попередній діагноз слід встановити у цьому випадку?
2. Які, на вашу думку, помилки були допущені лікарем?
3. Яке додаткове дослідження необхідно виконати у хворої?
4. Яке лікування і в яких умовах показане цій хворій?

### Еталони відповідей

1. У хворої, очевидно, метастази меланому у правій пахвовій ділянці після нерадикального видалення первинної пухлини.

2. Лікарем хірургом допущені наступні помилки: хвора не була проконсультована районним онкологом, не проводилося морфологічне дослідження макропрепарату, хвора не була взята на диспансерний облік, а відтак, за нею не було жодного спостереження.

3. У даній клінічній ситуації хворій необхідно виконати один з променевих методів дослідження органів грудної клітки, а також біопсію утвору в правій пахвовій ділянці.

4. Хворій показане комбіноване лікування, із застосуванням хірургічного методу – виконання пахвової лімфаденектомії і периопераційної поліхіміотерапії.

## 2.

67-річна жінка звернулася до дільничного лікаря через 2 місяці після того, як звернула увагу на щільний вузлик на лівій кисті. Спочатку вона прийняла це за укуси комах, і спробувала його витиснути, але цей утвір не загоювався і постійно збільшувався у розмірах. При мимовільному незначному травмуванні утвір кровоточив. В анамнезі у пацієнтки не було жодного хронічного захворювання. При об’єктивному дослідженні виявлено на тильній поверхні лівої кисті виразкоподібний утвір округлої форми до 2 см у діаметрі зі щільними краями і кратером у центрі, вкритим нещільною кіркою темно-червоного кольору, рухомий. У лівій пахвовій ділянці пальпується рухомий округлий утвір помірної щільності діаметром до 1 см.

1. Як повинен діяти дільничний лікар у цій ситуації?
2. Які додаткові діагностичні процедури слід застосувати етіології?
3. Як поділяються усі новотвори шкіри і який основний критерій їх диференційної діагностики?

### Еталони відповідей

1. Дільничний терапевт повинен запідозрити злоякісний новотвір і скерувати хвору до районного онколога.

2. Для з'ясування етіології цього утвору в амбулаторних умовах онколог може застосувати мазки відбитки з виразкової поверхні утвору (ексфолюативна цитологія), а при її неможливості – скерувати хвору в онкологічний диспансер для ексцизійної біопсії.

3. Для шкіри характерні три групи новоутворів: доброякісні, місцево деструктивні і злоякісні. Основним критерієм їх диференційної діагностики є результат морфологічного дослідження.

### 3.

У хворого М., 67 р., є утвір на шкірі обличчя у вигляді виразки з кірочкою та світлим обідком навколо, розміром 2х3 см, з приводу якого він самостійно лікувався протягом 2 років засобами «народної медицини». В онкологічному диспансері, куди був скерований хворий районним онкологом, при об'єктивному дослідженні йому встановлено попередній діагноз: рак шкіри обличчя T2N0M0, кл. гр. Па.

1. Який метод додаткового дослідження найбільш доцільно застосувати для морфологічного підтвердження діагнозу

2. Яке лікування показано цьому хворому?

3. Чим зумовлюється вибір способу лікування раку шкіри?

#### Еталони відповідей

1. Слід застосувати мазки відбитки з виразкової поверхні утвору (ексфолюативна цитологія), а в разі негативної відповіді – інцизійну біопсію.

2. Хворому показана короткодистанційна рентгенотерапія.

3. Вибір способу лікування визначається стадією хвороби і локалізацією хвороби.

### 4.

Хворого, Б., 39 років, турбує наявність пухлини під ключицею протягом півроку, не збільшується. З приводу цього він звернувся до хірурга поліклініки. При об'єктивному дослідженні останнім виявлено у лівій підключичній ділянці округлої форми безболісну рухому пухлину до 3 см у діаметрі, яка міститься у підшкірній жировій клітковині. Шкіра над нею не змінена.

1. Який найбільш імовірний попередній діагноз?

2. Як повинен правильно діяти лікар хірург у цій ситуації?

3. Яке лікування і в яких умовах показано цьому хворому?

#### Еталони відповідей

1. Найбільш імовірний попередній діагноз – ліпома лівої підключичної ділянки.

2. Лікар повинен повністю обстежити хворого, зокрема органи грудної клітки, провести додаткові інструментальні дослідження (лабораторні, УЗД м'яких тканин цієї ділянки, пункційну біопсію пухлинного утвору з морфологічним дослідженням).

3. Хворому показано хірургічне лікування в умовах хірургічного стаціонару після попередньої консультації районним онкологом.

5.

Хвора Н., 27 р., після літнього відпочинку на півдні звернулася до лікаря дерматолога зі скаргами на наявність численних "родимок" на шкірі тулуба та кінцівок, оскільки їй хвилює можливість їх переродження у меланому. Лікарем проведено об'єктивне дослідження і встановлено множинні невуси шкіри, більшість з яких, на думку лікаря – банальні, а окремі - атипові.

1. Який із сучасних методів додаткового дослідження їй можна застосувати?
2. Який із наявних у неї невусів може бути меланомонебезпечним?
3. Який алгоритм дій лікаря дерматолога можна вважати правильним у даній ситуації?

**Еталони відповідей**

1. Хворій слід виконати дерматоскопію.
2. Найбільш меланомонебезпечним у цій ситуації може бути пограничний невус.
3. Лікар дерматолог після проведення повного обстеження зобов'язаний включити пацієнтку у групу підвищеного ризику з відповідним записом у її медичній карті (Ф № 025-о), а також взяти її на диспансерне спостереження відповідно до вимог чинних наказів МОЗ України.

6.

Хворий, А., 66 р., випадково травмував пухлину на спині, яка існувала у нього протягом 15 років і ніяк себе не проявляла. Звернувся з цього приводу до хірурга районної поліклініки. При об'єктивному дослідженні останнім виявлено на шкірі спини нижче кута правої лопатки виявлена пухлина округлої форми, м'яко-еластичної консистенції коричневого кольору на широкій основі, з ворсинчастою поверхнею. Довкола неї визначається зона гіперемії та одиничні кров'янисті кірки.

1. Про яке захворювання можна подумати в першу чергу?
2. Як необхідно лікареві правильно поступити у цьому випадку?
3. Які ознаки можуть вказувати на можливу малігнізацію невусів?

**Еталони відповідей**

1. Передовсім, слід подумати про меланому.
2. Лікар хірург зобов'язаний проконсультувати цього хворого у районного онколога, а при його відсутності – скерувати пацієнта у територіальний онкологічний заклад.
3. Ознаки, які вказують на можливу малігнізацію: 1) зміна форми невуса, 2) збільшення його розмірів, 3) зміна забарвлення, 4) виразкування поверхні невуса, 5) кровотеча або лімфотеча, 6) зміна чутливості, 7) діаметр більше 5 мм, 8) приєднання запальних явищ (біль, ущільнення, гіперемія шкіри, свербіння, печія і т. ін).

7.

У хворой П., 35 р., на шкірі внутрішньої поверхні правої гомілки онколог хірург онкологічного диспансеру під загальною анестезією видалив “родимку”. Висновок патогістологічного дослідження – меланома.

1. Які ще критерії повинні бути вказані у цьому морфологічному діагнозі?

2. Чим визначається, насамперед, прогноз у цієї хворой?

3. Куди повинна звернутися пацієнтка після виписки зі стаціонару?

#### **Еталони відповідей**

1. Обов’язковим компонентом морфологічного висновку має бути зазначення товщини пухлини, а також ступеня інвазії шарів шкіри.

2. Насамперед, прогноз визначається товщиною пухлини, а також глибиною інвазії шарів шкіри.

3. Після виписки зі стаціонару їй необхідно звернутися до районного онколога, де хвора повинна перебувати на диспансерному спостереженні.

#### **8.**

До онколога поліклініки онкологічного диспансеру звернувся хворий Н., 72 р. Після повного обстеження лікарем діагностовано базальноклітинний рак шкіри спини до 0.8 см у діаметрі.

1. Яка стадія новотвору у хворого?

2. Які методи лікування йому можна запропонувати у цій ситуації?

3. Який прогноз при раку шкіри і від чого він залежить?

#### **Еталони відповідей**

1. У хворого стадія I, T1N0M0.

2. Хворому можна запропонувати один із хірургічних методів лікування (хірургічне видалення, криогенна деструкція) або променеве лікування.

3. Прогноз переважно сприятливий, він передовсім залежить від стадії процесу, у якій звертається пацієнт за спеціалізованою допомогою.

#### **9.**

У пацієнтки М., 65 р., у поліклінічному відділі онкологічного диспансеру виявлена базаліома шкіри правої скроневої ділянки, близько 1.5 см у діаметрі.

1. Яке лікування для неї найбільш доцільне?

2. Які альтернативні методи лікування можна також запропонувати пацієнтці?

3. У разі вибору променевого лікування, за якою методикою слід його проводити?

#### **Еталони відповідей**

1. Для неї найбільш доцільною є близькофокусна рентгенотерапія

2. Також можна запропонувати криогенну деструкцію або хірургічне видалення

3. Променеву терапію проводять за методикою середнього або крупного фракціонування дози до досягнення СВД 40-50 Гр.

10.

У хворої К., 33 р., у поліклінічному відділі онкологічного диспансеру виявлена меланома шкіри задньої області гомілки діаметром близько 2 см. Після повного клінічного і додаткового обстеженні ознак генералізації не виявлено.

1. Яке лікування їй необхідно запропонувати після цього?
2. В якому об'ємі і проводиться операційне втручання при первинній меланомі шкіри?
3. Який вид знечуження слід вибирати при операціях з приводу меланом шкіри.

**Еталони відповідей**

1. Їй слід запропонувати хірургічне лікування.
2. Операційне втручання передбачає широке (2 см від краю пухлини) і глибоке (до фасції чи апоневрозу) висічення пухлини.
3. При операціях з приводу меланом шкіри необхідно вибирати загальне знечуження.

11.

У хворого М., 65 р., у поліклінічному відділі міської лікарні дерматологом виявлений рак шкіри волосистої частини голови до 2 см у найбільшому вимірі, рухомий.

1. Як повинен правильно діяти лікар у цій ситуації?
2. Яке лікування доцільно провести хворому і де?
3. Який фахівець зобов'язаний проводити диспансерне спостереження за цим хворим після закінчення лікування?

**Еталони відповідей**

1. Лікар дерматолог повинен заповнити форму №090-6/о. „Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новотвору” і надіслати її у територіальний онкологічний заклад, скерувати хворого до районного онколога, а в разі його відсутності – у територіальний онкологічний заклад.
2. Йому найбільш доцільно провести курс близькофокусної рентгенотерапії у територіальному онкологічному диспансері.
3. Це зобов'язаний проводити лікар районний онколог.

12.

У хворого О., 65 р., який перебував на диспансерному обліку у лікаря хірурга районної поліклініки з приводу рубцевих змін після опіку правого передпліччя при черговому огляді запідозрено рак шкіри на тлі рубців. Районним онкологом обстежено пацієнта, В описі Status localis записано: виразкоподібний утвір зі щільними краями, неправильної форми до 2,5 см у найбільшому вимірі. Після цього зроблено мазок відбиток з виразкової поверхні утвору (ексфолюативна цитологія), отримано висновок цитологічного дослідження: плоскоклітинний незроговілий рак. У клінічному діагнозі про ознаки генералізації захворювання не вказано.

1. Яка стадія новотвору у хворого?

2. Яка група лімфатичних вузлів вважається регіонарною для цієї локалізації?

3. Які методи лікування йому можна запропонувати у цій ситуації?

**Еталони відповідей**

1. У хворого II ст., T2N0M0.
2. Для цієї локалізації регіонарними є гомолатеральні лімфатичні вузли у ліктювій ямці і пахвові лімфатичні вузли
3. Хворому слід запропонувати хірургічне лікування.

13.

1. Який метод додаткового дослідження слід передбачити у хворого на саркому Капоші, 50 років, з локалізацією в ділянці правого гомілковоступневого суглоба і чому?

2. Яку ділянку тіла хворого на саркому Капоші слід ретельно оглядати під час об'єктивного обстеження?

3. Який метод лікування необхідно йому запропонувати після повного обстеження і верифікації діагнозу?

**Еталони відповідей**

1. Хворого необхідно обстежити на СНІД, так як часто з ним асоційована саркома Капоші.

2. Необхідно ретельно оглядати ділянку голови і порожнини рота.

3. У залежності від даних додаткових методів досліджень (наявності чи відсутності генералізації процесу) з лікувальною метою застосовують хірургічний метод, близькофокусну рентгенотерапію а також цитостатичну терапію.

14.

Хворому А., 67 р., на рак шкіри правої гомілки з деструкцією великогомілкової кістки до 3,0 см у найбільшому вимірі, що виник на тлі трофічної виразки, без регіонарних метастазів, слід: 1). встановити стадію процесу; 2). скласти план необхідного додаткового дослідження і 3). скласти план лікування.

**Еталони відповідей**

1. У хворого ст. III, T4N0M0.

2. План додаткового дослідження наступний:

2.1. Морфологічна верифікація процесу (цитологічна і патогістологічна);

2.2. Лабораторні аналізи (крові, сечі, інші – за показами);

2.3. Променеве дослідження органів грудної клітки (одним із доступних методів);

2.4. Променеве дослідження кісток правої гомілки (рентгенографія чи КТ – за показами);

2.5. УЗД зон регіонарного лімфовідтоку.

2.6. ЕКГ.



3. Відповідно до отриманих даних клінічного та додаткових досліджень хворому може бути запропоноване комбіноване лікування (променеве і хірургічне).

15.

У хворого Н., 57 р., під час профілактичного огляду у районній поліклініці запідозрено рак шкіри правого надпліччя.

1. З якими захворюваннями необхідно проводити диференціальну діагностику раку шкіри?
2. Що необхідно зробити для підтвердження або спростування цієї підозри?
3. Який основний принцип хірургічного лікування плоскоклітинного раку шкіри?

#### Еталони відповідей

1. Диференціальна діагностика проводиться з системним червоним вовчаком, туберкульозом шкіри, сифілісом, грибовими ураженнями і доброякісними пухлинами.
2. Необхідно зробити морфологічну верифікацію утвору одним із доступних способів і скерувати хворого до лікаря онколога.
3. Потрібно проводити висічення такої пухлини гарантовано в межах здорових тканин (тобто, з достатнім відступом від країв пухлини).

16.

Хворий Р., 60 р., звернувся до дерматолога приватної клініки зі скаргами на кровоточивий пухлиноподібний утвір на обличчі. При об'єктивному дослідженні виявлено: на шкірі в ділянці правої носогубної складки є утвір округлої форми до 1,5 см у діаметрі, вкритий свіжою кіркою темно-червоного кольору. В правій підщелепній ділянці пальпується твердий збільшений рухомий лімфовузол твердої консистенції до 2 см у найбільшому вимірі. Дослідження інших органів і систем – без особливостей.

Лікарем зроблено мазок відбиток з виразкової поверхні утвору (ексfolіативна цитологія). Висновок патогістологічного дослідження: плоскоклітинний незроговілий рак шкіри.

1. Який попередній діагноз слід встановити у цьому випадку?
2. Який алгоритм подальших дій лікаря?
3. Який план додаткових досліджень лікар онколог повинен скласти у даному випадку?

#### Еталони відповідей

1. Рак шкіри обличчя ст. III, cT1cN1cM0, клінічна група 2-A
2. Лікар дерматолог повинен заповнити форму №090-6/о. „Повідомлення про хворого з вперше в житті встановленим діагнозом раку або іншого злоякісного новоутвору” і надіслати її у територіальний онкологічний заклад, скерувати хворого до районного онколога, а в разі його відсутності – у територіальний онкологічний заклад.
3. План додаткового дослідження наступний:

3.1. Морфологічне дослідження підщелепного лімфовузла шляхом аспіраційної біопсії;

3.2. Лабораторні аналізи (крові, сечі, інші – за показами);

3.3. Промєневе дослідження органів грудної клітки (одним із доступних методів).

## 17.

У хворого М., 44 р., лікарем поліклініки онкологічного диспансеру при об'єктивному дослідженні запідозрено безпігментну меланому шкіри правого передпліччя завбільшки до 1,5 см у найбільшому вимірі. Крім цього, у правій пахвовій ділянці виявлено збільшений безболісний рухомий лімфатичний до 1 см. При промєневому дослідженні органів грудної клітки патологічної семіотики не знайдено. З метою диференційної діагностики хворому запропоновано провести радіонуклідну діагностику з радіофармпрепаратом,

1. Який радіофармпрепарат застосовують з цією метою?

2. Який критерієм злоякісності існує при цьому дослідженні?

3. Який діагностичний метод застосовують для з'ясування субклінічного ураження регіонарних лімфатичних вузлів?

### Еталони відповідей

1. Застосовують двозаміщений фосфат натрію, мічений радіоактивним фосфором.<sup>32</sup>P.

2. Критерієм злоякісності є збільшення накопичення радіоактивного фосфору <sup>32</sup>P у порівнянні із симетричною ділянкою здорової шкіри у три рази.

3. З цією метою застосовують біопсію сторожового лімфатичного вузла.

## 18.

У хворого С., 42 р., дільничним лікарем під час профілактичного огляду запідозрено меланому шкіри правого надпліччя завбільшки до 1,2 см у найбільшому вимір. В анамнезі – хворий отримав сонячний опік цієї ділянки.

1. За яким ознаками можна клінічно запідозрити наявність меланоми шкіри?

2. Які ви знаєте методи верифікації при цій патології?

3. Які вимоги до клінічного стадіювання меланоми згідно TNM-6.

### Еталони відповідей

1. Клінічно запідозрити наявність меланоми шкіри можна за критеріями ABCDE, найбільш важливими з яких є наявність гіперпігментації і її асиметрії, характер країв, діаметр утвору, темп росту.

2. За наявності виразкування можна досліджувати мазки-відбитки. При найменшій підозрі на меланому необхідне широке висічення пігментного утвору. Категорично забороняється пункційна та інцизійна біопсія. З метою діагностики мікрометастатичного ураження регіонарних лімфовузлів застосовують біопсію сторожового лімфатичного вузла.

3. Основною вимогою є гістологічне дослідження первинної пухлини і клінічне/радіологічне обстеження для визначення метастазів.

19.

У хворого Р., 58 р., колишнього працівника кам'яновугільної шахти під час освідчення на групу інвалідності з приводу антракозу, ЛКК запідозрила рак шкіри сідничної області III стадії.

1. Який алгоритм дій комісії у цій ситуації?
2. Яке лікування показане цьому хворому у випадку морфологічної верифікації діагнозу і відсутності ознак генералізації?
3. Що являється показанням до виконання регіонарної лімфаденектомії при раку шкіри?

**Еталони відповідей**

1. Скерувати хворого для дообстеження і лікування у територіальний онкологічний заклад, після закінчення якого повторно скерувати на МСЕК.
2. Хворому показане комбіноване лікування з передопераційною дистанційною гамма-терапією первинної пухлини і зон регіонарного метастазування з подальшим хірургічним втручанням.
3. Регіонарна лімфаденектомія виконується у випадку наявності метастазів у регіонарних лімфатичних вузлах.

20.

У хворої М., 33 років, після літнього відпочинку на півдні 2 місяці тому назад з'явилася пігментна пляма на шкірі лівого стегна, Звернулася до приватного дерматолога за консультацією.

1. Які методи додаткової інструментальної діагностики найбільш показані у даному випадку?
2. Що відноситься до передраку до меланоми шкіри?
3. У чому полягає вторинна профілактика меланом шкіри?

**Еталони відповідей**

1. Показане виконання дерматоскопії, а також радіонуклідної діагностики з радіофармпрепаратом  $^{32}\text{P}$  при підозрі на меланому.
2. До передраку відносяться окремі види пігментних невусів, пігментна ксеродерма шкіри, меланоз Дюбрея.
3. Вторинна профілактика меланом шкіри полягає у лікуванні облігатного передраку, Показами до операції при пігментному невусі є міркування косметичного характеру, його травматизація, а також підозра на можливе переродження.

## ПУХЛИНИ МОЛОЧНОЇ ЗАЛОЗИ

1.

Хвора А., 1982 року народження, поступила у хірургічне відділення онкологічного диспансеру зі скаргами на пухлиноподібний утвір лівої молочної залози, який зауважила 3 роки тому. За останні півтора роки пухлина збільшилася у два рази. З анамнезу відомо, що має регулярні менструації, починаючи з 16 років; вагітностей 1, пологів – одні; ніхто з родини по жіночій лінії не хворів на онкопатологію. При об'єктивному дослідженні виявлено, що ліва молочна залоза збільшена за рахунок пухлиноподібного утвору. Пухлина округлої форми, з чіткими межами, дещо горбистою, гладкою поверхнею, щільно-еластичної консистенції, розмірами ~ 10x8 см, щільність її нерівномірна. Шкіра над пухлиною не змінена. Аксилярні лімфовузли зліва не збільшені. Грудне кружальце не змінене. Виділень із піпки немає.

1. Який попередній діагноз можна встановити цій хворій і чому?:
2. З чого слід почати обстеження пацієнтки?
3. Який з варіантів лікування ви б запропонували

### Еталони відповідей

1. У хворої, очевидно, наявна листовидна пухлина лівої грудної залози, оскільки пухлина не має клінічних ознак злоякісності – наявні чіткі межі, гладка поверхня, швидкий ріст пухлини, що і є більш характерним для листовидної пухлини.

2. Хворій необхідно зробити наступне: трепанобіопсію пухлини з подальшою морфологічною верифікацією, УЗД обох молочних залоз.
3. У даній ситуації хворій показано проведення туморектомії.

2.

Хвора Л., 1986 року народження, звернулася у поліклініку обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на наявність болючої припухлості у лівій грудній залозі. З анамнезу відомо, що у неї відбулися другі пологи 1 місяць тому назад, лактаційний період триває місяць. У хворої протягом останніх двох днів спостерігається гарячка гектичного характеру. При огляді і пальпації визначається різка болючість і припухлість у лівій грудній залозі в ділянці нижнього внутрішнього квадранту, шкіра над цією ділянкою гіперемічна. Регіонарні лімфатичні вузли не збільшені.

1. Що, на вашу думку, відбувається з хворою (попередній діагноз)?
2. Яке лікування їй необхідно призначити?

### Еталони відповідей

1. У хворої клінічні ознаки маститу лівої грудної залози.
2. Хворій показане розкриття і дренивання маститу разом із періопераційною протизапальною і антибіотикотерапією.

3.

У поліклініку онкологічного диспансеру звернулася хвора Т., 22 років, зі скаргами на наявність пухлиноподібних утворів в обох грудних залозах. З

анамнезу відомо, що вона незаміжня, не народжувала. При об'єктивному дослідженні виявлено два пухлиноподібні утвори розмірами 2х2 см і 3х2 см у лівій грудній залозі. У правій – один утвір, розмірами 2х1 см. Усі утвори округлої форми, з чіткими межами, щільно-еластичної консистенції, безболісні, не спаяні зі шкірою і прилеглими тканинами. Ультрасонографічні ознаки вказують на їх тканинне походження.

1. Установіть попередній діагноз хворій.
2. Які наступні додаткові дослідження необхідно виконати?
3. Яке лікування потрібно запропонувати цій хворій?

**Еталони відповідей**

1. У хворої очевидно фіброаденоми обох грудних залоз.
2. Їй необхідно провести морфологічну верифікацію усіх пухлин.
3. Хворій необхідно запропонувати хірургічне лікування (видалення пухлин).

4.

Хвора М., 1980 року народження, звернулася до онколога зі скаргами на кров'янисті виділення зі соска правої молочної залози (малинового кольору). Вважає себе хворою впродовж 3 місяців. Місячні регулярні. Не народжувала, незаміжня. Не вживала гормональних контрацептивів.

1. Які діагностичні заходи ви б в першу чергу запропонували хворій?
2. Ваш попередній діагноз?

**Еталони відповідей**

1. Внутрішньопротокова папілома грудної залози.
2. Цитологічне дослідження виділень із пипки.

5.

Хвора віком 48 років, незаміжня, звернулася зі скаргами на наявність виразки по зовнішньому краю ареоли правої грудної залози, яка не загоюється протягом 4 місяців.

Об'єктивно: виразка в діаметрі до 3 см, з нерівними краями, гнійним дном, запальний валок навколо виразки.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Ваші перші діагностичні заходи?
3. Який план лікування у цьому випадку?

**Еталони відповідей**

1. Рак Педжета.
2. Гістологічне обстеження виразки, мамографія.
3. Радикальна мастектомія.

6.

На прийом до дільничного терапевта звернулася жінка 1977 року народження зі скаргами, що права молочна залоза збільшилася значно у розмірах, шкіра різко гіперемічна і набрякла. Температура тіла досягає 40°C. Виражена загальна різка слабкість. У верхньому зовнішньому квадранті правої молочної

залози пальпується інфільтрат 10x8 см. Після огляду виставлений діагноз: гострий гнійний, мастит. Інфільтрат розкрито - виділилося 6 см<sup>3</sup> серозно-кров'янистої рідини без домішок гною. Рана не загоїлася протягом 2-х місяців. Інфільтрат утримується. Проведено цитологічне дослідження дна рани, яке виявило наявність ракових клітин.

1. Ваш попередній діагноз?

**Еталон відповіді**

2. Бешихоподібна форма раку грудної залози

7.

В поліклініку диспансеру звернулася хвора 63 років, зі скаргами на пухлину в лівій молочній залозі. Новоутворення помітила більше року, тому відмічає що пухлина збільшилася у розмірах. При пальпації відмічається пухлина 3x5 см, щільна, неболюча, малорухома, без чітких контурів. Збільшені ліві аксиллярні лімфовузли.

1. Які додаткові методи діагностики показано застосувати?

2. Яке захворювання має місце в даній ситуації

**Еталони відповідей**

1. Мамографія + УЗД + пункцій на біопсія пухлини.

2. Рак лівої молочної залози.

8.

До онколога звернулася хвора Н., 62 роки, зі слів пацієнтки, 3 місяці тому вона помітила пухлину в лівій молочній залозі. З анамнезу життя відомо, що перші менструації розпочалися в 10 років, а менопауза наступила в 55 років. Хвора не була заміжня, дітей не народжувала. При огляді визначається пухлина 4-3 см у нижньому внутрішньому квадранті лівої грудної залози, щільна, рухома, шкіра незмінена, втягнута пипка. Аксиллярні лімфовузли не збільшені.

1. Який найбільш імовірний діагноз у даної хворої?

2. Який план лікування у цьому випадку?

**Еталони відповідей**

1. Рак лівої грудної залози.

2. Радикальна мастектомія зліва.

9.

Хвора Л., 55 років, поступила до стаціонару з наявністю пухлини правої молочної залози. Пальпаторно визначаються пухлина 5-4 см, нерухома, щільна, неболюча, пальпуються збільшені аксиллярні, надключичні лімфовузли. На УЗД визначається множинні тіні у печінці (вторинне ураження). Висновок морфологічного дослідження пунктату з пухлини залози – рак.

1. Як можна стадіювати даний випадок за системою TNM?

2. Який план лікування у цієї хворої?

**Еталони відповідей**

1. cT2N2M1 ст. IV, кл.гр. IV.

2. Хворій показане симптоматичне лікування.

10.

Хвора К., 32 роки звернулась до онколога поліклініки з скаргами на наявність пухлини в лівій молочній залозі. При огляді – пухлина 2х2 см, щільної консистенції, лімфатичні вузли не пальпуються. Двічі робили пункційну біопсію пухлини, злоякісні клітини не виявлені.

1. Ваша подальша діагностично-лікувальна тактика?

**Еталон відповіді**

1. Секторальна резекція лівої молочної залози терміновим гістологічним дослідженням.

11.

Хвора, 23 р., скаржиться на наявність сукровичних виділень із піпки правої грудної залози протягом 2-х місяців. Молочні залози однакових розмірів, не деформовані. Грудне кружальце без особливостей. При пальпації патологічні утвори не визначаються. Встановлений попередній діагноз – внутрішньопротокова папілома.

1. Які додаткові методи додаткового обстеження найбільш доцільні у даному випадку?

**Еталон відповіді**

1. Дуктографія молочної залози і цитологічне дослідження виділень із піпки.

12.

У жінки 30 років, в лівій молочній залозі на межі зовнішніх квадрантів (на відстані 5см від ареоли) пальпується утвір розм. 2,0х1,5см, без чітких контурів, щільної консистенції, малорухомий. Аксилярні лімфовузли зліва не збільшені. Рентгенографія легень – без патології.

УЗД органів черевної порожнини – без патології.

На мамографії – клінічно неопластичний процес. Проведена цитологічна верифікація – рак.

1. Як можна стадіювати даний випадок за системою TNM?

2. Ваша лікувальна тактика?

3. Чи потрібна хворій ад'ювантна хіміотерапія?

**Еталони відповідей**

1. cT1NOMO ст. I.

2. Радикальна секторальна резекція грудної залози.

3. Перш ніж дати відповідь, необхідно провести наступні додаткові обстеження: патогістологічне та імуногістохімічне дослідження пухлини.

13.

Хворій С, 1967 р.н., звернулася у поліклініку обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на наявність пухлиноподібного утвору у лівій молочній залозі. Після клінічного огляду хворої, мамографії, рентгенографії органів грудної клітки, УЗД органів черевної порожнини, гістологічної верифікації пухлини

встановлено діагноз: рак лівої молочної залози (за міжнародною класифікацією T2 N1 M0). Проведено імуногістохімічне обстеження пухлини.

1. Визначте стадію захворювання.
2. Складіть попередній план лікування.

**Еталони відповідей**

1. Стадія.3A.
2. Хворій показана неoad'ювантна хіміотерапія з наступним оперативним втручанням.

14.

Хворій М., 1969 р.н., була прооперована з приводу раку правої молочної залози І ст., 2 кл. групи. Після цього перебуває на обліку у районного онколога. Протягом 5 років не виявлено рецидиву і метастазів злякисного новоутворення.

1. Скільки ще часу необхідно хворій перебувати під спостереженням у районного онколога?

**Еталони відповідей**

1. Згідно вимог МОЗ України – хворий із ЗН перебуває під спостереженням пожиттєво.

15.

Хвора Н., 31 року, звернулася на консультацію до мамолога зі скаргами на утвір у лівій грудній залозі, який з'явився раптово, зі слів хворої, практично за останню добу. Клінічно під час огляду - утвір знаходиться субареоларно, округлої форми з гладкою поверхнею, щільно-еластичної консистенції, розмірами 2.0x2.0 см. Аксилярні лімфовузли не збільшені.

1. Ваш попередній діагноз?
2. Які мінімальні додаткові обстеження необхідно провести у цьому випадку?
3. Які варіанти лікування можливі у даному випадку?

**Еталони відповідей**

1. Кіста лівої грудної залози.
2. Необхідно провести пункційно-аспіраційну біопсію і УЗД цієї грудної залози.
3. Лікування може бути консервативним (аспірація вмісту кісти і склерозуюча терапія) або оперативним – секторальна резекція з терміновим гістологічним дослідженням – у залежності від отриманих даних додаткових досліджень.

16.

Хвора 80 років самостійно виявила в правій молочній залозі рухоме, безболісне, утворення, щільної консистенції, розмірами 2.5x2.0 см, шкіра над ним не змінена. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені.

1. Яка ваша діагностична тактика?
2. Складіть попередній план лікування.



### Еталони відповідей

1. Мамографія, морфологічна верифікація пухлини, рентгенографія ОГК, УЗД органів черевної порожнини і органів малого тазу.
2. Радикальна мастектомія з подальшим імуногістохімічним обстеженням пухлини для вирішення тактики ад'ювантної терапії.

17.

Жінка 1965 року народження звернулася до лікаря зі скаргами на збільшення правої молочної залози. При огляді: права молочна залоза збільшена у розмірах, ущільнена; сосок з ареолою пастозний і набряклі, мають вигляд “лимонної шкірки”. У правій пахвовій області пальпується лімфовузол до 1,5 см у діаметрі, щільної консистенції, малорухомий.

1. Який ваш діагноз ?
2. Якою повинна бути оптимальна діагностично-лікувальна тактика у даному випадку?

### Еталони відповідей

1. Набряково-інфільтративний рак правої молочної залози.
2. Необхідно передовсім провести трепанобіопсію пухлини з гістологічним і імуногістохімічним дослідженням. У залежності від його результатів повинен бути встановлений план лікування: проведення хіміотерапії чи променевої терапії.

18.

До районної поліклініки звернулася жінка 1975 р.н., зі скаргами на кольору та консистенції шкіри пипки лівої молочної залози у вигляді потемніння, яке супроводжується появою великої кількості виразок в ділянці грудного кружальця, набряком молочної залози. Хворіє 6 місяців. Раніше зверталась до дерматолога – лікування без позитивного ефекту. При обстеженні лівої пахвової ділянки визначається лімфатичний вузол до 1,5 см, щільної консистенції.

1. Який можна встановити попередній діагноз?
2. Якою повинна бути оптимальна діагностично-лікувальна тактика у даному випадку?

### Еталони відповідей

1. Рак пипки лівої молочної залози (хвороба Педжета)?
2. Необхідно передовсім провести цитологічне дослідження мазків-відбитків з виразок. У разі морфологічної верифікації раку хворій показано проведення комбінованого лікування: променевої терапії з наступною радикальною мастектомією.

19.

Хвора А, 1977 р.н., звернулася до лікаря зі скаргами на тупий біль у правій молочній залозі, набряк, відчуття важкості і дискомфорту, особливо перед місячними. Хворіє протягом 3 місяців. Патологічних виділень із пипки немає, ареола не змінена. Пальпаторно: у зовнішньому верхньому квадранті ви-

значається пухлина розмірами 3x2 см, рухома, щільно-еластичної консистенції, помірно болюча. Шкіра над нею не змінена.

1. Який найбільш вірогідний діагноз у цієї хворой?
2. Яка ваша подальша діагностична тактика.

#### Еталони відповідей

1. Фіброаденома правої молочної залози.
2. Хворій необхідно провести тонкоіголкуву біопсію пухлини з морфологічною верифікацією і УЗД грудних залоз.

20.

Хвора 36 років, скаржиться на наявність пухлиноподібного утворення в нижньому внутрішньому квадранті лівої молочної залози. При пальпації: пухлино подібний утвір розмірами 3x3 см, без чітких контурів, помірної щільності та болючості, лімфовузли не змінені. Пункційна біопсія суттєвого внеску у верифікацію діагнозу не внесла. Загальний стан хворой задовільний. В загальних аналізах крові і сечі без помітних змін. На мамографії обмежена ділянка з мікрокальцинатами.

Яка найбільш доцільна тактика у даній клінічній ситуації.

#### Еталон відповіді

Секторальна резекція залози з морфологічним дослідженням новоутворення.

21.

У пацієнтки Н., 72 років, рак правої грудної залози pT2N0M0 ст. II, II кл.гр. Менопауза 23 роки. Результати імуністохімічного обстеження пухлини: естрогени (60%++), прогестерони (90%+++), c-erb (---).

1. Які препарати доцільно застосовувати для гормонотерапії даній ситуації.

#### Еталон відповіді

2. Доцільно застосовувати інгібітори ароматази.

22.

Хвора, М., 68 р., звернулася до лікаря зі скаргами на наявність пухлини в лівій молочній залозі. При огляді у верхньому внутрішньому квадранті лівої молочної залози пальпується утвір розмірами 2x3 см, щільний, з горбистою поверхнею, без чітких країв, не болючий при пальпації, малорухомиий. Регіонарні лімфовузли не збільшені.

1. Які обстеження необхідно провести хворій у першу чергу .

#### Еталон відповіді

1. У першу чергу необхідно зробити мамографію і отримати гістологічну верифікацію..

23.

Хвора, Д., 48 років, звернулася до лікаря зі скаргами на наявність пухлини у правої молочній залозі. При огляді у верхньому зовнішньому квадранті

правої молочної залози пухлина розмірами 3x4 см – втягує шкіру, щільна, горбиста, без чітких меж. У правій паховій області одиничний, щільний лімфовузол до 1 см у діаметрі. Рентгенографія органів грудної клітки – без патології. При ультрасонографії органів черевної порожнини і малого тазу – без патології. Виконана трепанобіопсія, висновок патогістологічного дослідження: інфільтративна протокова карцинома G3. Імуногістохімія пухлини: естрогени (---), прогестерони (---), c-erb (---).

1. Як можна стадіювати даний випадок за системою TNM?
2. Яка ваша лікувальна тактика.

#### Еталони відповідей

1. T4N1M0.
2. Хворій показане комплексне лікування за таким алгоритмом: курс телегамматерапії, радикальна мастектомія, хіміотерапія препаратами платини і таксани.

#### 24.

Хвора 26 років, звернулася до лікаря зі скаргами на наявність пухлини в лівій молочній залозі. При огляді у верхньому внутрішньому квадранті молочної залози є утвір діаметром 3,0 см, щільно-еластичний, гладкою, округлою поверхнею, з чіткими контурами, рухомий, неболючий при пальпації. Регіонарні лімфовузли не збільшені.

1. Який необхідно встановити попередній діагноз?
2. Які обстеження необхідно провести хворій у першу чергу .
3. Який ваш план лікування?

#### Еталони відповідей

1. Фіброаденома лівої молочної залози.
2. Хворій необхідно провести пункційну біопсію утвору з наступним морфологічним дослідженням.
3. Необхідно видалити пухлину з наступним гістологічним дослідженням.

#### 25.

Хвора 1980 року народження. Перші пологи 3 місяці тому. Грудне годування дитини. Ознак токсикозу протягом першої та другої половин вагітності не відзначала. При огляді в гінеколога відмічено утвір до 3,0 см у верхньому зовнішньому квадранті лівої молочної залози. Округлої форми, еластичний, з чіткими межами, гладкою поверхнею. Шкіра над ним не змінена.

1. Про який характер процесу слід думати?

#### Еталон відповіді

1. Треба подумати про галактоцеле.

#### 26

Жінка 58 років 4 місяці тому виявила у правій молочній залозі ущільнення, що не завдає яких-небудь неприємних відчуттів. Звернулася до лікаря у зв'язку із прогресивним збільшенням утвору. При огляді: пухлина щільної кон-

систенції розмірами 2,5х3 см, краще пальпується у горизонтальному положенні, без чітких меж, неболюча, не інфільтрує шкіру і піпку. У правій пахвовій області збільшений лімфовузол до 2 см, щільної консистенції.

1. Які ваші подальші діагностичні заходи?
2. Чи необхідно передбачити у плані лікування неoad'ювантну терапію і яку саме?

#### Еталони відповідей

1. Необхідно виконати мамографію, отримати морфологічну верифікацію процесу, при цьому, враховуючи збільшений лімфовузол – бажано гістологічну і імуногістохімічну.
2. Так, потрібно розпочинати з неoad'ювантного лікування (променева терапія).

27.

У хворої А, 1976 р.н., під час профілактичного УЗД виявлена пухлина у правій молочній залозі. Об'єктивно: у нижньому зовнішньому квадранті правої молочної залози пухлина до 1,5 см., без чітких контурів. У правій аксиллярній ділянці лімфатичний вузол 1 см.

1. Які ваші наступні діагностичні кроки?

#### Еталон відповіді

1. Мамографія + біопсія пухлини.

28.

У жінки 1966 р.н., лікар оглядового кабінету виявив ущільнення у верхньому зовнішньому квадранті лівої молочної залози розмірами 2х2 см. У положенні стоячи шкіра над ущільненням втягується.

1. Який найбільш імовірний діагноз?

#### Еталон відповіді

1. Рак лівої молочної залози.

29.

У жінки 1962 р.н., під час профілактичного огляду у правій молочній залозі виявлена пухлина округлої форми близько 2 см у діаметрі.

1. Яке обстеження необхідно виконати у першу чергу для встановлення діагнозу

#### Еталон відповіді

1. Необхідно виконати мамографію.

30.

Жінка 1955 р.н., скаржиться на періодичні болі у правій молочній залозі. Перебуває на обліку у дільничного терапевта з приводу ожирінням III ступеня, і гіпертонічної хвороби II ступеня. Під час обстеження патологічних змін у молочних залозах не виявлено.

1. Який найбільш ефективний метод діагностики в цьому випадку?

#### Еталон відповіді

## 1. Мамографія.

## ПУХЛИНИ ОРГАНІВ ГРУДНОЇ КЛІТКИ

1.

Хворий А., 63 років поступив в клініку з скаргами на болі у лівій половині грудної клітки, задишку, підвищення температури тіла, прогресивне погіршення загального стану. Вважає себе хворим близько 4 місяців тому коли у ЦРЛ на підставі рентгенологічних даних діагностовано лівобічну пневмонію. Хворому проведено антибактеріальну терапію з добрим ефектом, суб'єктивні ознаки захворювання зникли. Однак через 2 місяці хворий повторно відзначив ті ж самі скарги, після чого звернувся у спеціалізовану пульмонологічну клініку.

Яке додаткове діагностичне дослідження, поряд із променевим, необхідно виконати хворому?

**Еталон відповіді.**

Хворому необхідно виконати фіброbronхоскопію.

2.

Хворий З., 50 років, поступив у хірургічне відділення зі скаргами на болі у грудній клітці зліва, задишку, кашель з рясним виділенням слизово-гнійного харкотиння, періодичне кровохаркання, вечірнє підвищення температури тіла до 37,5°C. Вважає себе хворим протягом 8 місяців. У минулому переніс лівобічну пневмонію. При об'єктивному дослідженні виявлено наступне: шкіра сіро-землисто-го кольору. Пальпуються збільшені до 2 см лімфатичні вузли в лівій аксиллярній ділянці, м'які, рухомі, рухливі. Пульс 98 уд. за 1хв., ритмічний, задовільного наповнення і напруги. Тони серця приглушені. АТ =110/70 мм рт. ст.; ШОЕ — 4 мм/год.; загальний аналіз крові: лейкоцитів —  $12,5 \cdot 10^9$  в 1 л. При перкусії грудної клітки визначається послаблення перкуторного звуку зліва між задньою аксиллярною і паравертебральною лініями на рівні 3—5 ребер, тут же вислуховується послаблене везикулярне дихання.

На передній прямій рентгенограмі зліва визначається ділянка неомогенного затемнення. На бічному знімку — зліва у базальному задньому сегменті ділянка розпаду легеневої тканини розмірами 4x4 см. Висновок цитологічного дослідження харкотиння: слизово-гнійне, в'язке; у препараті свіжі і змінені еритроцити, скупчення лейкоцитів, альвеолярні макрофаги. За даними фіброbronхоскопії – щілоподібне звуження бронха сірою «плюс-тканиною», Виконана «браш-біопсія», висновок цитологічного дослідження препарату – Са. Згодом проведена пункційна біопсія аксиллярних лімфовузлів, висновок цитологічного дослідження препарату: метастаз карциноми.

1. Який клінічний діагноз у хворого?

2. Яке слід призначити хворому лікування?

**Еталони відповідей.**

1. У хворого – рак лівої легені IV ст. IV кл. групи.

2. Хворому показана симптоматична терапія.

3.

Хвора Б., 54 років, ніколи не палила; після перенесеного гострого бронхіту звернулася до дільничного лікаря для планового медичного огляду. На проведений рентгенограмі ОГК у прямій проекції виявлено розширення кореня правої легені. Від запропонованої бронхоскопії хвора відмовилася. натомість погодилася на КТ органів грудної клітки. На КТ – у дистальному відрізку правого головного бронха виявлена пухлина розмірами 2х3 см, перибронхіальні і паратрахеальні лімфовузли збільшені, деякі з них розмірами 2х2 см, щільні.

Про яке новоутворення слід думати?

**Еталон відповіді.**

Необхідно думати про карциному легень.

4.

Хворий Б., 58 років, працівник приватного підприємства, поступив в приймальне відділення з болями в ділянці правого епігастрію, що наростали протягом 2 діб. У правому підребер'ї пальпується пухлиноподібний утвір. При УЗ скануванні виявлено множинні утвори обох часток печінки завбільшки від 0,5 до 1 см. Виконано черезшкірну трепанобіопсію печінки з наступним гістологічним дослідженням, під час якого виявлено метастаз аденокарциноми. Згодом у стаціонарі проведено КТ органів грудної клітки. Висновок КТ: центральний рак лівої легені.

1. Яка стадія злжкісного процесу у хворого?

2. Яке лікування показане хворому?

3. Як слід проводити трудову експертизу?

**Еталони відповідей.**

1. У даному випадку рак легені IV стадії.

2. Хворому показана симптоматична терапія.

3. Хворий непрацездатний, за весь час перебування на стаціонарному лікуванні отримує листок непрацездатності, у подальшому підлягає скеруванню на МСЕК для встановлення групи інвалідності.

5.

Хворий. З., 49 років, поступив у торакальний відділ обласного онкологічного диспансеру з діагнозом: абсцес (рак?) лівої легені. Впродовж п'яти місяців відзначає кашель з невеликою кількістю слизово-гнійної харкотиння підвищену температуру тіла, біль у грудях, слабкість. Неодноразово було кровохаркання. При фізикальному обстеженні встановлено деяке відставання при диханні лівої половини грудної клітки і притуплення перкуторного звуку під ключицею. При рентгеноскопії органів грудної клітки у прикореневій частині зліва (язичкова зона) виявлено утвір кулеподібної форми розмірами 7х5х6 см, гомогенний, в якому відзначається рівень рідини біля верхнього полюса. Контури чіткі. При бронхоскопії визначається гіперемія верхньочасткового бронха, виконана «браш-біопсія», висновок цитологічного дослідження препарату – «канцер».

1. Який клінічний діагноз слід поставити хворому?

2. Яке лікування необхідно планувати хворому?

**Еталони відповідей.**

1. У хворого – кавернозний рак лівої легені.
2. Хворому показано хірургічне лікування.

6.

Хворий К, 62 років., звернувся в поліклініку обласного онкологічного диспансеру за скеруванням дільничного терапевта зі скаргами на періодичні підвищення температури тіла до 39,5 С, загальну слабкість, кашель, задишка, нічне потовиділення. Вважає себе хворим протягом 1-го місяця. На рентгенограмі органів грудної клітки у 2-х проекціях визначається інтенсивне затемнення всієї правої половини грудної клітки. Хворому двічі була проведена плевральна пункція справа, під час цього евакуйовано 1500 і 250 мл серозно-геморагічної рідини. При цитологічному дослідженні осаду плевральної рідини ракових клітин не виявлено. Повторна рентгенограма виявила інтенсивне затемнення трикутної форми нижньої частки правої легені.

1. Про яке захворювання слід думати?
2. Яке додаткове обстеження необхідно призначити пацієнтові?

**Еталони відповідей.**

1. У хворого рак правої легені з ателектазом нижньої частки, правобічний плеврит.
2. Пацієнту необхідно провести фіброbronхоскопію з біопсією.

7.

Хворий М., 38 років, скаржиться на те, що у нього декілька разів на тиждень серед повного здоров'я раптово з'являються болі за грудиною, відрижка, незначна блювота неперетравленою їжею. Для того, щоб їжа проходила краще, запиває її чаєм. Відзначає незначне схуднення, поганий апетит що пов'язує зі стресовою атмосферою на роботі.

1. Яке захворювання можна запідозрити у хворого?
2. Які додаткові дослідження слід виконати у нього?
3. Яке лікування можна застосувати у цьому випадку?

**Еталони відповідей.**

1. Найімовірніше, у хворого кардіоспазм.
2. Необхідно виконати рентгеноконтрастне дослідження стравоходу, За наявності рівномірного звуження стравоходу з гладкими контурами ("шурячий хвостик") і: при розширенні його вище за місце звуження – діагноз кардіоспазму, можна ставити безпомилково. Необхідно також провести езофагоскопію.
3. У даному випадку, переважно проводять консервативне медикаментозне лікування.

8.

У хворого В., 52 років, спостерігається тривала дисфагія – протягом 5 місяців. Під час обстеження у центральній районній лікарні діагностовано рак с/з стравоходу. Віддалених метастазів не виявлено. Хворий виснажений, анемізований, ослаблений.



Ваша діагностично-лікувальна тактика?

**Еталон відповіді.**

Хворого необхідно скерувати у спеціалізований торакальний відділ онкологічного диспансеру, де слід верифікувати діагноз і у стислі терміни провести передопераційну терапію, спрямовану на усунення білкового та водно-електролітного дисбалансу, з наступним оперативним лікуванням – правдоподібно езофагектомія з наступною пластикою стравоходу

9.

Хворий Б., 62 років, відзначає дисфагію протягом 1-го місяця, в анамнезі хронічний гастрит з підвищеною секреторною функцією, рефлюкс-езофагіт. Ендоскопічно виявлено пухлинний процес у тілі та кардіальному відділі шлунка, що інфільтрує Z-лінію. Віддалені метастази відсутні.

Яка лікувальна тактика щодо даного хворого?

**Еталон відповіді.**

Лікувальна тактика наступна: гастректомія з резекцією нижньогрудного відділу стравоходу торакоабдомінальним доступом.

10.

Хворому Г., 75 років, встановлено діагноз: рак середньої третини стравоходу. Протягом 4 місяців хворого турбує дисфагія. Під час додаткового обстеження в районній лікарні виявлено метастатичне ураження печінки, легень, лімфатичних вузлів ший зліва, ознаки декомпенсованого стенозу.

Яка допомога може бути надана цьому хворому?

**Еталон відповіді.**

Хворому можна виконати стентування стравоходу або гастро- чи еноностомію.

11.

Хворий Д, 48 р., протягом двох місяців відзначає загальну слабкість, субфебрильну температуру, посилення кашлю, інколи кровохаркання. Палить. Рентгенологічно виявлено у IV сегменті правої легені солітарну тень до 4 см у найбільшому вимірі, неправильної округлої форми, середньої інтенсивності, з порожниною розпаду. Зовнішній контур її горбистий, променистий за рахунок лімфангоїту; внутрішній контур менш чіткий.

1. Який найбільш імовірний діагноз?

2. Яке додаткове обстеження найбільш доцільно провести для визначення лікувальної тактики ?

**Еталони відповідей.**

1. У хворого, очевидно, периферійний рак правої легені.

2. Хворому слід провести комп'ютерну томографію.

12.

Чоловік 50 років із встановленим діагнозом раку верхньої частки правої легені поступив у торакальний відділ обласного онкологічного диспансеру зі

скаргами на головний біль та задишку. Об'єктивно: виражений набряк і синюшний колір обличчя та верхніх кінцівок.

1. Яке ускладнення основного захворювання ймовірно у хворого?
2. Якою буде ваша лікувальна тактика?

**Еталони відповідей.**

1. У хворого наявний синдром стиснення верхньої порожнистої вени.
2. Хворому показано проведення променевої терапії.

13.

Хворий К., 67 років., скаржитесь на задишку, болі в грудях, підвищення температури, кашель з гнійним харкотинням. В анамнезі: вважає себе хворим протягом 1 місяця. Аускультативно: в грудній клітці справа майже на всьому протязі різко ослаблене дихання, а у нижніх відділах практично не вислуховується. На рентгенограмах у прямій і бічній проекціях – зниження прозорості, зменшення об'єму нижньої і середньої часток правої легені, зміщення середостіння вправо.

Який найбільш імовірний діагноз у цьому випадку?

**Еталон відповіді.**

Центральний рак правої легені.

14.

Хворий 63 років в екстреному порядку звернувся до відділення нейрохірургії з клінікою ураження правого плечового сплетіння, синдромом Горнера. Початок захворювання ні з чим не пов'язує. Під час рентгенографії: у верхній частці правої легені виявлена тінь неправильної форми, з розрідженням у центрі, в межах 1-го сегмента. Діагностовано рак верхньої частки правої легені (пухлина Пенкоста).

Ваша лікувальна тактика?

**Еталон відповіді.**

Хворому показано проведення променевої терапії.

15.

У пацієнтки П., 72 років, на фоні вираженого виснаження і наростання дисфагії з'явилося блювання неперетравленими харчовими масами. У районній лікарні під час рентгенографії з контрастом виявлено розширення стравоходу у середній третині, нерівність контуру, обрив складок. Згодом ендоскопічно констатовано практично повний стеноз стравоходу екзофітною пухлиною на межі середнього та нижнього відділів стравоходу. У пацієнтки наявні супутні захворювання, зокрема, важка серцева недостатність.

Яке лікування показано хворій?

**Еталон відповіді.**

Враховуючи супутню патологію і вік, радикальна операція не може бути проведена, тому рекомендовано провести стентування стравоходу або накласти гастростому.

16.

Під час профогляду на флюорографії у робітника азбестового заводу виявлено хмароподібне затемнення у правій легені. Дільничний терапевт протягом 3 тижнів проводив лікування хворого антибіотиками і сульфамідами. Стан хворого після лікування практично не змінився.

Про який найбільш імовірний діагноз потрібно думати у даному випадку?

**Еталон відповіді.**

Треба запідозрити рак правої легені.

17.

У хворого 60 років двічі спостерігалось кровохаркання. В районній поліклініці на флюорографії виявлено неоднорідне затемнення у нижній частці правої легені. Під час бронхоскопії в обласному протитуберкульозному диспансері виявлено звуження правого міжчасткового бронха.

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Куди слід скерувати хворого для подальшого обстеження і лікування?

**Еталони відповідей.**

1. Рак правої легені.
2. Пацієнт потребує подальшого дообстеження в умовах торакального відділення онкологічного стаціонару.

18.

Хворий 62 років скаржиться на задишку, кашель з відходженням слизового харкотиння з прожилками крові. Рік тому хворів на пневмонію. Два місяці тому з'явились біль за грудиною, підвищення t тіла до субфебрильних цифр, задишка. Аускультативно: справа вологі хрипи, в нижніх відділах дихання відсутні. В крові: Hb - 100 г/л. ШОЕ - 42 мм/год. При рентгенографії: легеневий рисунок відсутній в нижній правій легені.

Яка патологія найбільш вірогідно зумовлює таку картину?

**Еталон відповіді.**

Центральний рак нижньочасткового бронха справа.

19.

До лікаря звернувся чоловік 49 років зі скаргами на болі в колінних суглобах, сухий кашель. Раніше не хворів. Хронічний курець. При обстеженні: деформації суглобів немає. ШОЕ – 48 мм/год. Проби на ревматизм позитивні. На рентгенограмах – в прикореневій зоні тяжистість, в середній правій легені кругле неоднорідне затемнення з променистими контурами.

Назвіть найбільш вірогідний діагноз.

Рак правої легені з паранеопластичним синдромом – артропатією.

20.

Хворий 62 років скаржиться на біль за грудиною, погане проходження твердої і рідкої їжі, неприємний запах з рота, підвищене виділення слини, схуднення на 15 кг за 2 місяці. Апетит збережений. Під час об'єктивного обстеження звертають на себе увагу: загострені риси обличчя, колір шкіри блідий, із землистим відтінком, тургор її знижений. Печінка не збільшена. Нв крові - 86 г/л. Реакція Грегерсена позитивна.

Яка патологія найбільш імовірно зумовлює дану клінічну картину?

**Еталон відповіді.**

Рак стравоходу.

21.

У приймальне відділення лікарні звернувся хворий 62 років зі скаргами на напади кашлю при прийомі рідкої їжі. Два місяці тому хворому встановлено діагноз – рак верхньої третини стравоходу. Одержував променеву терапію.

Про яке ускладнення може йти мова?

**Еталон відповіді.**

Скоріш за все, мова йде про стравохідно-трахеальну норцию.

22.

При обстеженні 44 річного хворого на рак легенів у нього виявлено синдром Горнера.

1. Які клінічні прояви синдрому Горнера?

2. Яка клінічна форма раку легенів у цього хворого?

**Еталони відповідей.**

1. Птоз, міоз, дисфункція дилатора зіниці, енофтальм, дисгідроз лица.

2. У хворого рак Пенкоста.

23.

Хворому 55 років, після обстеження в онкологічному диспансері встановлено діагноз: рак нижньогрудного відділу стравоходу. Показано хірургічне лікування.

Яку операцію слід планувати у даному випадку?

**Еталон відповіді.**

Слід планувати операцію типу Гарлока.

24.

У чоловіка 54 років, при плановій флюорографії, виявлена округла тінь у верхній частці правої легені. Скарг не пред'являє, температури і кашлю немає. Раніше на туберкульоз не хворів. Схуд на 10 кг. На рентгенограми легені тінь розмірами 3x4 см з чітким, але нерівним контуром. Дихання везикулярне, хрипів немає, л/в не збільшені. У коренях легень по обидва боки петрифікати.

1. Про яке захворювання потрібно думати у першу чергу?

2. Які додаткові дослідження бажано провести у хворого?

**Еталони відповідей.**

1. Потрібно думати про рак верхньої частки правої легені.

2. Хворому необхідно першочергово провести фібробронхоскопію з біопсією.

25.

Хворий 27 років, доставлений до стаціонару з інтенсивною легеневою кровотечею, яка почалася раптово після фізичного навантаження. Астенічної конституції, працює вантажником. Рентгенологічне обстеження грудної клітки не проводилося протягом 6 останніх років. Анамнез: перенесених захворювань не пригадує, палить. При перкусії визначається вкорочення перкуторного звуку на верхівці правої легені.

Яка найбільш імовірна причина легеневої кровотечі з поміж наведених нижче?

- A. Туберкульоз легень
  - B. Аденома бронха
  - C. Аневризма аорти
  - D. Рак легень
- Еталон відповіді  
Туберкульоз легень

26.

У хворого 60 років двічі спостерігалось кровохаркання. Під час флюорографії: неоднорідне затемнення в нижній частці правої легені. Під час бронхоскопії: звуження правого міжчасткового бронха.

1. Який найбільш імовірний діагноз?
2. Які додаткові дослідження бажано провести у хворого?

Еталони відповідей.

1. Рак нижньої частки правої легені.
2. Пацієнту необхідно провести комп'ютерну томографію грудної клітки, при можливості – медіастиноскопію.

## РАК ШЛУНКА

1.

Хвора Г., 46 років, в ургентному порядку поступила в хірургічне відділення обласної багатопрофільної лікарні з діагнозом: виразкова хвороба шлунка, шлункова кровотеча, Рак шлунка? Вважає себе хворою 2 дні, коли вперше відчула слабкість і помітила дьогтеподібний стілець. Виразкового анамнезу немає. Пульс - 120 в 1 хв., АТ - 110/70 мм рт. ст. Загальний аналіз крові: Ер -  $2,67 \times 10^{12}$ , Нгб - 95 г/л, при ФЕГДС – циркулярний інфільтративно-виразковий рак антрального відділу шлунка, ускладнений кровотечею (за Forrest 1b). Не інтенсивну гемостатичну терапію, кровотеча продовжується. Хвору взято на операцію.

Який об'єм хірургічного втручання необхідно виконати?

**Еталон відповіді**

Хворому показано проведення хірургічного втручання в об'ємі дистальної субтотальної резекції шлунка.

2.

Хвора Д., 58 років, протягом 2-х років скаржиться на періодичні тупі болі в епігастральній ділянці, втрату апетиту, схуднення на 10 кг. Неодноразово лікувалася в терапевтичних стаціонарах з приводу хронічного гастриту. За даними попередніх трьох повторних гастробіопсій – залозистий епітелій з явищами лімфоїдної інфільтрації. Через два роки від початку захворювання скерована в хірургічний відділ онкологічного диспансеру. При ФЕГДС виявлено поверхневе виразкування слизової тіла шлунка по великій кривині розмірами 1,0x2,5 см, ригідні стінки шлунка при інструментальній пальпації. Висновок патогістологічного дослідження гастробіоптату: залозистий епітелій з легкою атипією та явищами запалення. Під час Rtg-скопії органів ШКТ з контрастом виявлено циркулярного характеру дефект наповнення шлунка від антрального до субкардіального відділу з втратою перистальтичної хвилі, шлунок рухомий. Висновок УЗД – вогнищевих утворів у печінці не виявлено.

1. Ваш діагноз?

2. Ваша подальша діагностично-лікувальна тактика?

**Еталони відповідей**

1. У хворого рак тіла шлунка.

2. Хворому показано проведення лапаротомії і, за умови резектабельності, гастректомії.

3.

Хворий Д., 54 років, поступив у хірургічне відділення обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на дискомфорт в епігастрії, незначне схуднення. При ендоскопічному обстеженні виявлено виразково-інфільтративний процес у тілі шлунка розмірами 5,5x6,0 см, взято гастробіопсію, висновок патогістологічного дослідження – низькодиференційована аденокарцинома. В лівій надключичній ділянці виявлено щільний лімфовузол діаметром 2,0 см, зроблено

пункційну аспіраційну біопсію, висновок цитологічного дослідження пунктату – cancer. Rtg-скопія органів грудної клітки і ШКТ: дефект наповнення в тілі шлунка, евакуація з шлунка своєчасна, легені без патологічних тіней. УЗД органів черевної порожнини: печінка без вогнищевих утворів, перигастральні та заочеревинні лімфовузли не збільшені, вільної рідини у черевній порожнині не виявлено.

1. Ваш діагноз?
2. Ваша подальша лікувальна тактика?

**Еталони відповідей**

1. У хворого карцинома тіла шлунка, метастаз Вірхова.
2. Хворому показано проведення паліативної хіміотерапії.

4.

Хворий А., 62 років, поступив у хірургічне відділення обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на тупі болі в епігастрії, періодичне блювання, незначне схуднення. При ендоскопічному обстеженні виявлено стенозуючий виразково-інфільтративний процес антрального відділу шлунка, висновок патогістологічного дослідження гастробіоптату – недиференційована аденокарцинома. Rtg-скопія органів ШКТ: дефект наповнення в антральному відділі шлунка, евакуація сповільнена, явища субкомпенсованого стенозу виходу зі шлунка. КТ органів черевної порожнини: печінка без вогнищевих утворів, вільної рідини у черевній порожнині не виявлено, збільшені до 1,5-2,5 см та гіперваскуляризовані субпілоричні лімфовузли, лімфовузли вздовж а. gastroepiploica dextra et sinistra, та а. gastrica dextra. В зоні truncus coeliacus конгломерат патологічних лімфовузлів 2,5x3,5 см.

1. Ваш діагноз за TNM?
2. Ваша подальша лікувальна тактика?

**Еталони відповідей**

1. Діагноз за TNM наступний: cT3 cN1 M0.
2. Хворому показано проведення хірургічного лікування в об'ємі дистальної субтотальної резекції шлунка з регіонарною лімфодисекцією.

5.

Хвора А., 56 років, скаржиться на тупі болі в епігастрії, періодичне блювання застійним шлунковим вмістом, схуднення. При ендоскопічному обстеженні виявлено стенозуючий виразково-інфільтративний процес антрального відділу шлунка, висновок гістологічного дослідження гастробіоптату – недиференційована аденокарцинома. Rtg-скопія органів ШКТ: дефект наповнення в антральному відділі шлунка, евакуація сповільнена, явища субкомпенсованого стенозу виходу зі шлунка. КТ органів черевної порожнини: печінка без вогнищевих утворів, вільної рідини у черевній порожнині не виявлено, інвазія процесу в брижові судини, наявні збільшені до 1,5-2,5 см та гіперваскуляризовані супрапілоричні лімфовузли, а також лімфовузли вздовж великої та малої кривин шлунка, ретропанкреатодуоденальні, брижові та міжаортокавальні лімфовузли.

1. Які лімфовузли є регіонарними для шлунка за TNM-6?

2. Яка подальша лікувальна тактика у даної пацієнтки?

**Еталони відповідей**

1. Регіонарні лімфовузли: перигастральні, лімфовузли вздовж черевного стовбура, печінкової, лівої шлункової, селезінкової артерій, у воротах селезінки та в товщі гепатодуоденальної зв'язки.

2. Хворій показано проведення хірургічного лікування в об'ємі гастроентеростомії.

6.

Хвора А., 65 років, скаржиться на тупі болі в епігастрії, втрату апетиту, схуднення. При ендоскопічному обстеженні виявлено виразково-інфільтративний процес тіла шлунка, гістологічний висновок гастробіоптату – недиференційована аденокарцинома. Rtg-скопія органів ШКТ: дефект наповнення у тілі шлунка, евакуація своєчасна. КТ органів черевної порожнини: печінка без вогнищевих утворів, вільної рідини у черевній порожнині не виявлено, збільшені до 1,5-2,5 см та гіперваскуляризовані супрапільоричні лімфовузли, лімфовузли вздовж великої та малої кривин шлунка, ретропанкреатодуоденальні, брижові та міжаортокавальні лімфовузли.

1. Які лімфовузли вважаються регіонарними для шлунка за TNM-6?

2. Яка подальша лікувальна тактика в даної пацієнтки?

**Еталони відповідей**

1. Регіонарні лімфовузли: перигастральні, лімфовузли вздовж черевного стовбура, печінкової, лівої шлункової, селезінкової артерій, у воротах селезінки та в товщі гепатодуоденальної зв'язки.

2. Хворій показано проведення паліативної хіміотерапії.

7.

Хвора Д., 51 року, поступила в хірургічне відділення обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на тупі болі в епігастрії, втрату апетиту, періодичне блювання, схуднення. При ендоскопічному обстеженні виявлено стенозуючий виразково-інфільтративний процес антрального відділу шлунка, гістологічне дослідження гастробіоптату – недиференційована аденокарцинома. Rtg-скопія ШКТ, ОГК: дефект наповнення в антральному відділі шлунка, ознаки субкомпенсованого стенозу виходу зі шлунка, легені без патологічних тіней. УЗД органів черевної порожнини: печінка без вогнищевих утворів, перигастральні та заочеревинні лімфовузли не збільшені, вільної рідини в черевній порожнині не виявлено. Клінічно виявлено та верифіковано цитологічно метастаз Вірхова.

1. Де локалізується метастаз Вірхова?

2. Яка подальша лікувальна тактика?

**Еталони відповідей**

1. У лівій надключичній ділянці.

2. Хворій показано проведення гастроентеростомії з наступною паліативною хіміотерапією.



8.

Хворий А., 61 року, поступив у хірургічне відділення обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на тупі болі в епігастрії, періодичне блювання, схуднення. При ендоскопічному обстеженні виявлено стенозуючий виразково-інфільтративний процес антрального відділу шлунка, висновок патогістологічного дослідження гастробіоптату – помірнодиференційована аденокарцинома. Rtg-скопія органів ШКТ: дефект наповнення в антральному відділі шлунка, евакуація сповільнена, ознаки субкомпенсованого стенозу виходу зі шлунка. КТ органів черевної порожнини: множинні гіподенсивні вогнища різних розмірів в обох частках печінки (правдоподібно, метастатичні), вільної рідини у черевній порожнині не виявлено, заочеревинні лімфовузли не збільшені.

1. Ваш клінічний діагноз?
2. Ваша подальша лікувальна тактика?

**Еталони відповідей**

1. Дисемінований рак шлунка, метастази у печінку.
2. Хворому показано проведення хірургічного лікування в об'ємі гастроентеростомії з наступною паліативною хіміотерапією.

9.

Хворий А., 51 рік, поступив у відділення абдомінальної хірургії обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на тупі болі в епігастрії, зниження апетиту, схуднення. При ендоскопічному обстеженні виявлено поліпоподібний утвір діаметром 2,0 см в тілі шлунка, висновок патогістологічного дослідження гастробіоптату – високодиференційована аденокарцинома. Rtg-скопія органів ШКТ: екзофітна пухлина невеликих розмірів по великій кривизні тіла шлунка. КТ органів черевної порожнини: множинні гіподенсивні вогнища різних розмірів з гідрофільним «обідком» (правдоподібно, метастатичні), в обох частках печінки, вільної рідини у черевній порожнині не виявлено, заочеревинні лімфовузли не збільшені.

1. Яка ваша подальша лікувальна тактика?

**Еталон відповіді**

1. Хворому показано проведення паліативної хіміотерапії.

10.

Хвора В., 48 років, поступила в хірургічне відділення обласної багатопрофільної лікарні в ургентному порядку зі скаргами на переймоподібні болі у животі, блювання, відсутність стільця протягом кількох днів. Під час ургентного операційного втручання хірургом виявлено карциному тіла шлунка, стенозуючий метастаз Шніцлера, ускладнений декомпенсованою кишковою непрохідністю.

1. Який об'єм хірургічного втручання необхідно виконати хірургові?

**Еталон відповіді**

1. Хірургові необхідно виконати сигмостомію.

11.

Хвора Д., 51 року, поступила у відділення абдомінальної хірургії обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на тупі болі в епігастрії, втрату апетиту, схуднення. Під час клінічного та додаткових досліджень (лабораторного, інструментального) встановлено клінічний діагноз: низькодиференційована аденокарцинома тіла шлунка, підозра на метастази Крукенберга.

1. Консультацію якого суміжного спеціаліста необхідно призначити пацієнтці у цьому випадку?

Еталон відповіді

1. Необхідно призначити консультацію онкогінеколога.

12.

Хворий А., 41 року, поступив у хірургічне відділення обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на тупі болі в епігастрії, зниження апетиту, схуднення. При ендоскопічному обстеженні виявлено пухлиноподібний утвір діаметром 4,0 см у тілі шлунка, висновок патогістологічного дослідження гастробіоптату – помірnodиференційована аденокарцинома. Rtg-скопія органів ШКТ: екзофітна пухлина у тілі шлунка. КТ органів черевної порожнини: множинні гіподенсивні вогнища різних розмірів з гідروفільним «обідком» (правдоподібно, метастатичні) в обох частках печінки, вільної рідини у черевній порожнині не виявлено, заочеревинні лімфовузли розміром 0,5-1,0 см. Хворий консультований хімотерапевтом – рекомендовано провести курс системної паліативної хімотерапії.

1. З використанням яких хіміопрепаратів слід проводити системну хімотерапію?

Еталон відповіді.

1. Курс паліативної хімотерапії рекомендовано проводити з використанням 5-фторурацилу, цисплатину, епірубіцину (доцетакселу).

13.

Хворий А., 45 років, звернувся в обласний онкологічний диспансер зі скаргами на «дискомфорт» в епігастрії, зниження апетиту, схуднення. При клінічному та додатковому дослідженні у хворого діагностовано карциному тіла шлунка cT4 cN1 M0 G2, ст. III – кл. гр. II.

1. Хто, на вашу думку, згідно сучасних протоколів надання спеціалізованої медичної допомоги, повинен приймати висновок щодо подальшого комбінованого лікування хворого?

Еталон відповіді

1. Висновок щодо подальшого комбінованого лікування хворого повинен бути прийнятий мультидисциплінарною групою спеціалістів у складі очірурга, хімотерапевта і радіолога.

14.

Хворий В., 78 років, звернувся в обласний онкологічний диспансер зі скаргами на «шлунковий дискомфорт», зниження апетиту. Після повного обстеження та консультацій суміжними спеціалістами встановлено наступний клі-

нічний діагноз: карцинома тіла шлунка cT1 cN0 M0 G1, IXC, постінфарктний кардіосклероз, миготлива аритмія, стенокардія напруги, СН III ст., цукровий діабет II тип, стадія декомпенсації, множинна мікроангіопатія. Хворому призначено симптоматичну терапію.

1. Яку стадію та клінічну групу основного захворювання необхідно зазначити лікареві у заключному діагнозі при виписці хворого зі стаціонару?

**Еталон відповіді**

1. У заключному діагнозі слід записати: ст. I, кл. гр. IV.

15.

Хвора Д., 55 років, поступила у хірургічне відділення обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на тупі болі в епігастрії, втрату апетиту, схуднення. При ендоскопічному обстеженні виявлено виразково-інфільтративний процес тіла шлунка циркулярного характеру, висновок патогістологічного дослідження гастробіоптату: недиференційована аденокарцинома. Rtg-скопія органів грудної клітки і ШКТ виявила дефект наповнення у тілі шлунка, легені без патологічних тіней. УЗД органів черевної порожнини: печінка без вогнищевих утворів, перигастральні та заочеревинні лімфовузли не збільшені, у черевній порожнині виявлено помірну кількість вільної рідини.

1. Яка ваша подальша діагностична тактика?

**Еталон відповіді**

1. Хворому показано проведення діагностичної лапароскопії.

16.

Хворий В., 48 років, звернувся в обласний онкологічний диспансер зі скаргами на «шлунковий дискомфорт», зниження апетиту, втрату ваги. Після повного обстеження та верифікації процесу встановлено клінічний діагноз: карцинома тіла шлунка cT3 cNx M0, ст. III – кл. гр.. II. Хворому призначено хірургічне лікування. Під час лапаротомії хірург виявив велику кількість дрібних просоподібних висипань на паріетальній та вісцеральній очеревині.

1. Яка його подальша лікувальна тактика?

**Еталон відповіді.**

1. Подальша лікувальна тактика наступна: завершення на цьому операції, у післяопераційному періоді показано проведення курсу паліативної хіміотерапії.

17.

Хвора А., 55 років, перебуває на стаціонарному лікуванні у гінекологічному відділенні обласної клінічної лікарні з причини двобічних кістом яєчників. Хворій проведено хірургічне втручання в об'ємі надпівхової ампутації матки з придатками. Отримано результат патогістологічного дослідження макропрепарату – в яєчниках вогнища перснеподібно-клітинної карциноми.

1. Яка подальша діагностична тактика?

**Еталон відповіді**

1. Подальша діагностична тактика полягає у наступному: проведення

фіброгастроуденоскопії і фіброколоноскопії.

18.

Хворий Д., 64 років, поступив у хірургічне відділення обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на виражену дисфагію, неможливість прийому твердої їжі, значне схуднення. При ендоскопічному обстеженні виявлено стенозуючий виразково-інфільтративний процес кардіального відділу шлунка з поширенням на н/3 стравоходу, гістологічне дослідження гастробіоптату – недиференційована аденокарцинома. Rtg-скопія ШКТ, ОГК: декомпенсований стеноз на рівні кардіального відділу шлунка, легені без патологічних тіней. Висновок УЗД органів черевної порожнини: печінка з поодинокими вогнищевими утворами в обох частках, перигастральні та заочеревинні лімфовузли не збільшені, у черевній порожнині виявлено помірну кількість вільної рідини.

1. Ваш діагноз?

2. Ваша подальша лікувальна тактика?

**Еталони відповідей**

1. Карцинома кардіального відділу шлунка, метастази в печінку, карциноматоз очеревини. Декомпенсований стеноз кардіального відділу шлунка.

2. Подальша лікувальна тактика полягає у наступному: проведення лапаротомії, гастростомії (або ендоскопічного стентування стравоходу).

## ПУХЛИНИ СТРАВОХОДУ

1.

Хворий М., 65 років, скаржиться на біль за грудиною при ковтанні їжі, неприємний запах з рота, підвищене виділення слини, схуднення (на 13 кг за 2 місяці). З анамнезу відомо, що вважає себе хворим 3 місяці. Апетит збережений. Під час об'єктивного дослідження в амбулаторії сімейним лікарем встановлено: риси обличчя загострені, шкіра бліда із землистим відтінком, тургор її знижений. Печінка не збільшена. Периферичні лімфовузли не пальпуються.

1. Яка патологія найбільш імовірно зумовила дану клінічну картину?
2. Який ви можете запропонувати лікареві план додаткових інструментальних досліджень?
3. Які методи радикального лікування цієї патології ви знаєте?

### Еталони відповідей

1. Рак стравоходу
2. План додаткових досліджень наступний:
  - 2.1. Рентгеноскопія органів грудної клітки і стравоходу (з рідким контрастом)
  - 2.2. Фіброезофагоскопія.
  - 2.3. УЗД органів черевної порожнини
  - 2.4. ЕКГ.
3. Радикальне лікування раку стравоходу обов'язково повинно включати хірургічний метод лікування.

2.

У районну лікарню звернувся хворий А., 58 р., зі скаргами на напади кашлю при прийомі рідкої їжі. З медичної карти амбулаторного хворого відомо, що два місяці тому хворому встановлено діагноз – рак верхньої третини стравоходу. Перебував на лікуванні в обласному онкологічному диспансері де отримав курс променевої терапії СВД 55 Гр.

1. Про яке ускладнення може йти мова?

### Еталон відповіді.

1. Очевидно, у хворого ознаки стравохідно-трахеальної норіци.

3.

Під час щорічного звіту центральної районної лікарні в обласному управлінні охорони здоров'я, зауважено, що в районі збільшилася захворюваність на рак стравоходу.

1. Яка захворюваність на рак стравоходу в Україні?
2. Для якої країни, з наведених нижче, найбільш характерна ця локалізація пухлинного процесу?
  - A. Казахстан
  - B. Німеччина
  - C. Україна
  - D. Японія

Е. Білорусія

**Еталони відповідей**

1. В Україні низька захворюваність на рак стравоходу, показник захворюваності складає 4,3 на 100 тис. населення.
2. Дана локалізація найбільш характерна для Казахстану.

4

Хворому З., 57 років, після об'єктивного обстеження в обласному онкологічному диспансері встановлено діагноз: рак наддіафрагмальної частини стравоходу. У плані лікування лікуючий лікар зробив запис: «хворому показано хірургічне лікування в плановому порядку».

1. Яку операцію слід виконати у даному випадку?
2. У чому полягає це оперативне втручання?
3. При якій локалізації пухлинного процесу також виконують це операційне втручання?

**Еталони відповідей**

1. Хворому слід виконати операцію типу Гарлока.
2. Ця операція полягає у резекції нижньогрудного відділу стравоходу і кардії шлунка через лівий торакоабдомінальний доступ.
3. Цю операцію виконують також при раку черевного відділу стравоходу і кардії.

5.

У хворого Н., 70 років сімейним лікарем під час огляду за місцем проживання виявлено дисфагію. З анамнезу стало відомо, що це турбує хворого вже протягом декількох тижнів, однак за медичною допомогою поки що не звертався, так як здебільшого приймає рідку їжу. Лікарем також зауважені ознаки анемії та втрату маси тіла.

1. Який найбільш імовірний попередній діагноз у цьому випадку?
2. Які види дисфагії ви знаєте?
3. Які основні інструментальні методи діагностики рекомендовано застосувати при цьому?

**Еталони відповідей**

1. Найбільш імовірно у хворого рак стравоходу.
2. Розрізняють функціональну та органічну дисфагію.
3. Рекомендовано застосувати рентгенологічний та ендоскопічний методи діагностики.

6.

У хворого А., 39 років, декілька місяців тому з'явилося ознаки поперхування їжею. Протягом цього часу він схуднув, проте апетит зберігається хорошим. Після клінічного обстеження, де не знайдено якихось інших симптомів захворювання, зроблено загальний аналіз крові і також ніяких змін не виявлено. При рентгенологічному дослідженні з рідким контрастом у нижній частині

стравоходу виявлено достатньо великий “дефект наповнення” правої стінки стравоходу, контури “дефекту” рівні, перистальтика на цьому рівні відсутня.

1. Який ваш попередній діагноз?
2. З чим необхідно диференціювати рак стравоходу?
3. Які методи інструментальної діагностики найбільш інформативні для диференційної діагностики?

#### Еталони відповідей

1. У хворого доброякісна пухлина стравоходу, скоріш за все лейоміома.
2. Рак стравоходу необхідно передовсім диференціювати з доброякісними пухлинами.
3. Найбільш інформативні для диференційної діагностики рентгенологічний та ендоскопічний методи.

#### 7.

У хворого Л., 40 років, при плановому ендоскопічному дослідженні (перебуває на диспансерному обліку з приводу виразкової хвороби дванадцятипалої кишки) виявлено у середній третині стравоходу вирячування його стінки досередини на протязі 3 см, проте поверхня слизової оболонки не відрізняється від нормальної. Рентгенологічно – конічне звуження стравоходу в середній третині, контури чіткі, рівні. Встановлено попередній діагноз: лейоміома середньої третини стравоходу.

1. Які пухлини і якого характеру зустрічаються у стравоході?
2. Яка питома вага лейоміом серед пухлин стравоходу?
3. Яка тактика лікування у випадку виявлення такої пухлини?

#### Еталони відповідей

1. У стравоході зустрічаються як злоякісні, так і доброякісні пухлини різного характеру: епітеліальні і не епітеліальні.
2. Лейоміоми становлять близько до 70% усіх доброякісних пухлин або приблизно 0,7-1% усіх новотворів.
3. Необхідне операційне втручання (енуклеація пухлини).

#### 8.

Хворий Р., 58 років, 10 років тому переніс хімічний опік оцтовою есенцією. Три місяці тому зауважив втрату апетиту, загальну слабкість, схуднення, Звернувся до дільничного лікаря після того, як розвинулися явища дисфагії, а також темне забарвлення калу.

1. Яке захворювання можна запідозрити?
2. Які додаткові дослідження треба провести для виключення цієї патології?
3. Якому лікуванню і в яких умовах підлягає хворий після дообстеження?

#### Еталони відповідей

1. Можна запідозрити пухлину стравоходу.
2. Передовсім, треба провести рентгенологічне та ендоскопічне дослідження стравоходу і шлунка.

3. Хворий підлягає спеціальному лікуванню в онкологічному диспансері.

9.

До лікаря ЛОР звернулася хвора П., 56 років, зі скаргами на появу больових відчуттів за грудиною і затрудненні проходженні щільної їжі при ковтанні, підвищене виділення слини. Після проведеного об'єктивного обстеження і ларингоскопії хворій рекомендовано вводити 0,1% розчин атропіну підшкірно перед їжею. За декілька днів усі описані явища у неї зникли.

1. Які ще дії необхідно зробити лікареві у цій клінічній ситуації?
2. Яку патологію перш за все треба мати на увазі при таких симптомах?
3. Чому у хворой наступило суб'єктивне покращання стану?

**Еталони відповідей**

1. Необхідно скерувати хвору на езофагоскопію.
2. Треба запідозрити пухлину стравоходу.
3. Очевидно, внаслідок ліквідації спазму гладких м'язів стравоходу, що супроводжує функціональну дисфагію.



## РАК ПЕЧІНКИ

1.

Хвора П., 58 років, Скарги на втрату ваги, тупий біль у верхній половині живота більше справа. В анамнезі – гепатит В (у 40 років).

Об'єктивно: живіт болючий у правому підребер'ї, де пальпується збільшена печінка, нижній край якої виступає з під реберної дуги на 4 см, бугристий. За даними УЗД у проекції 5, 6 сегментів печінки об'ємне вогнище розмірами 5x5,2 см з нечіткими краями, інших патологічних змін у черевній порожнині не виявлено.

1. Який ваш попередній діагноз (TNM)?

2. Якою повинна бути подальша діагностична тактика щодо цієї хвороби?

**Еталони відповідей**

1. Рак печінки IIIa стадії, T<sub>3a</sub>N<sub>x</sub>M<sub>0</sub>.

2. Діагностична тактика повинна бути такою: визначення рівня маркерів АФП, РЕА, вірусного гепатиту В. Біопсія пухлини печінки, КТ органів черевної порожнини, грудної клітки, малого тазу; ендоскопічне дослідження ШКТ (ФГДС, ФКС).

2.

Хворий К., 60 років, При комплексному обстеженні (УЗД та КТ) в онкологічному центрі у хворого виявлена пухлина у 3 сегменті печінки, розміром 4x3 см, л/в у гепатодуоденальній зв'язці без патологічних змін. АФП – 600 нг/мл. Маркери гепатиту В у межах норми. За даними трепан-біопсії та гістологічного дослідження – гепатоцелюлярний рак.

1. Ваш діагноз (TNM)?

2. Яке лікування слід провести цьому хворому?

**Еталони відповідей**

1. Рак печінки стадія IIIa T<sub>3a</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>.

2. Хворому показано виконання лівобічної гемігепатектомії.

3.

Хворий П., 54 років, поступив у відділ абдомінальної хірургії зі скаргами на важкість у правому підребер'ї, виражену загальну слабкість, схуднення (до 10 кг). Хворий був повністю обстежений. Виявлено наступне: за даними КТ черевної порожнини у 7, 8 та частково у 4 сегментах печінки чотири зливних утвори розміром від 1 до 2,5 см, гіподенсивного характеру, добре васкуляризовані, середня та права печінкові вени охоплені пухлину інтрапаренхіматозно. У воротах печінки збільшені до 2 см л/в. Маркер АФП – 550 нг/мл. Біохімічні показники крові в межах норми. За даними гістологічного дослідження біоптату пухлини печінки – гепатоцелюлярний рак.

1. Ваш діагноз (TNM)?

2. Яке лікування, згідно сучасних протоколів, показано цьому хворому?

**Еталони відповідей**

1. Рак печінки стадія IIIa, T<sub>3a</sub>N<sub>x</sub>M<sub>0</sub>.

2. Хворому показано виконання Розширеної правобічної гемігепатектомії.

4.

Хвора Г., 71 років, скаржиться на жовтяницю, що триває 1 тиждень, виражену загальну слабкість. При огляді хворої: іктеричність шкіри та склер, живіт м'який, дещо болючий у правому підребер'ї, де пальпується збільшений бургий нижній край печінки. На УЗД та КТ виявлено пухлиноподібний утвір у 4 та 5 сегментах печінки розмірами 10х9см, розширені внутрішньопечінкові жовчні протоки обох часток печінки до 7 мм, холедох не візуалізується, жовчний міхур відтиснутий пухлиною. АФП – в межах норми. Загальний білірубін 350 ммоль/мл, за рахунок прямого. За даними гістологічного дослідження біоптату пухлини печінки – холангіоцелюлярний рак. Супутня патологія: кардіосклероз, повна блокада правої ніжки пучка Гісса, ССН – 2 ст.

1. Який клінічний діагноз?

2. Етапність комбінованого лікування?

**Еталони відповідей**

1. Рак печінки, стадія IVa, cT3aN1M0.

2. I-й етап – ліквідація механічної жовтяниці шляхом черезшкірної чезрепечінкової холангістомії. 2-й етап – селективна хіміоемболізація гілок печінкової артерії.

5.

Хворий Ш., 62 років, Скарги на тупий ниючий біль у правому підребер'ї, схуднення (10кг), загальна слабкість. Хворий у 50 років переніс вірусний гепатит С, специфічного лікування не отримувач, лікувачся самостійно. При огляді - хворий астеничної будови, блідий, печінка збільшена у розмірах на 3 см, горбиста, неболюча. При інструментальному обстеженні хворого виявлено: ФКС – хронічний геморой у стадії загострення, ФГДС – без патологічних змін, КТ (органів грудної клітки, черевної порожнини – на фоні циротичних змін у печінці виявлено три окремих пухлиноподібних утвори: 4х3,5 см у 4 сегменті, 3,5х3 см у 5 сегменті, який деформує жовчний міхур, 3х2,5 см у 6 сегменті. Всі перелічені утвори не прилягають до печінкових судин та знаходяться у паренхімі не ближче, ніж за 2 см до капсули печінки. Біохімічні показники крові: Альбумін – 29 г/л, Аст – 145 Од/л, Алт – 112 Од/л, білірубін – 14 ммоль/л, загальний білок – 56 г/л, креатинін – 115 мкмоль/л, сечовина – 7,5 ммоль/л, лужна фосфатаза – 1200 Од/л, ГГТ (гаммаглутамінтрансфераза) – 85 Од/л, АФП – 380 нг/мл, РЕА – 120 нг/мл. Гістологічне дослідження біоптату з пухлини печінки – гепатоцелюлярний рак. Супутня патологія: Хронічний вірусний гепатит В, цироз печінки - стадія А за *Чайлдом – П'ю*.

1. Який клінічний діагноз необхідно встановити хворому?

2. Яка оптимальна тактика лікування, відповідно до сучасних протоколів, показана у цьому випадку? Обґрунтуйте свою відповідь.

**Еталони відповідей**

1. Гепатоцелюлярний рак печінки, стадія II, T<sub>2</sub>N<sub>0</sub>M<sub>0</sub>.

2. Враховуючи наявність у хворого білобарного ураження печінки, цирозу печінки, підвищеного рівня трансаміназ ( у т. ч. ГГТ) у 3 рази, розташування жовчного міхура безпосередньо біля однієї з пухлин, оптимальним хірургічне лікування за наступною схемою: лапаротомія субкостальним доступом справа, холецистектомія, лімфаденектомія гепатодуоденальної зв'язки, інтраопераційна радіочастотна термоабляція пухлин печінки.

6.

Хвора Д., 34 років, знаходиться на диспансерному спостереженні в хірурга протягом 2-ох років з приводу аденоми печінки (діагноз був встановлений за даними КТ та УЗД). Поступила у хірургічний відділ онкологічної лікарні зі скаргами на ниючий тупий біль у правому підребер'ї протягом останнього тижня. В анамнезі – тривалий час приймала стероїдні протизаплідні ліки (12 років). Була повністю обстежена (загальні клінічні аналізи, огляд гінеколога та мамолога) – патології не виявлено. За даними контрольної КТ черевної порожнини – новоутвір, який був виявлений у попередньому обстеженні збільшився на 30% і розташований у 6 сегменті субкапсульно. З приводу негативних змін зі сторони пухлини була проведена її трепан-біопсія, за даними гістологічного дослідження – фібронодулярна гіперплазія.

1. Яка тактика лікування? Обґрунтуйте свою відповідь.

#### **Еталони відповідей**

1. Враховуючи морфологію, збільшення пухлини у розмірах, наявність клінічних проявів, необхідно провести хірургічне лікування в об'ємі: лапароскопічно (оптимально) енуклеація пухлини печінки.

7.

Хворий Б., 43 років, Три роки тому переніс резекцію сигмоподібної кишки з приводу раку. Під час контрольного УЗД у поліклінічному відділі онкологічного центру, яке проводилось кожні три місяці виявлено: в проекції 5 та 6 сегментів печінки два пухлиноподібних утвори, розміром від 2,5 до 4,5см.

1. Попередній діагноз?

2. Ви є онколог-хірург, визначте подальшу діагностичну та лікувальну тактику.

#### **Еталони відповідей**

1. Підозра на метастази раку сигмоподібної кишки у печінку.

2. Необхідно визначити морфологію пухлин в печінці, розповсюдженість пухлини. Провести КТ органів грудної клітки, черевної порожнини, малого тазу. ФКС. Визначити рівень РЕА. Виконати черезшкірну трепан-біопсію пухлини печінки з метою верифікації метастазів. За умови наявності морфологічного підтвердження метастазів колоректального раку в печінці та відсутності позапечінкових метастазів та рецидиву, провести комбіноване лікування в об'ємі: правобічна гемігепатектомія, курс післяопераційної хімотерапії.

8.

Хвора В., 56 років, обстежувалась у районній поліклініці з приводу загальної слабкості та втрати ваги. При огляді хворої особливих змін зі сторони систем та органів не виявлено. Було проведено додаткові інструментальні обстеження, а саме: загальний аналіз крові – анемія, УЗД черевної порожнини - три пухлиноподібні утвори у 2 та 3 сегментах печінки, ФКС – у висхідній ободовій кишці пухлина 2 см в діаметрі, звужує просвіт на 1/3, кровить. Гістологічне дослідження – високодиференційована аденокарцинома кишки. Хвора скерована у онкологічний центр для подальшого обстеження. За даними КТ виявлено два метастази у 2 та 3 сегментах печінки розміром 2,5 та 2 см. Гістологічне дослідження біоптату з пухлини печінки – метастаз високодиференційованої аденокарциноми кишки. Інших метастазів не виявлено.

1. Діагноз?
2. Тактика лікування?

#### Еталони відповідей

1. Рак висхідної ободової кишки IV стадія,  $T_2N_xM_1$ . Поодинокі метастази у печінку.
2. Правобічна геміколектомія, анатомічна резекція 2 та 3 сегментів печінки (бісегментектомія). Курс післяопераційної хіміотерапії.

#### 9.

Хворий Ф., 67 років, 1 рік тому переніс передню резекцію прямої кишки з приводу раку. При контрольному УЗД в проекції 5, 8 та 3 сегментів печінки виявлені два пухлиноподібні утвори, розміром 4,5 та 2 см.

1. Визначте діагностичну тактику.
2. Визначте лікувальну тактику.

#### Еталони відповідей

1. Діагностична тактика наступна: трепан-біопсія пухлин печінки та морфологічне дослідження біоптату, КТ органів грудної клітки, черевної порожнини та малого тазу, ФКС. Рівень маркеру РЕА.
2. Лікувальна тактика наступна: за умови відсутності інших метастазів та рецидиву – правобічна гемігепатектомія та радіочастотна термоабляція метастазу у 3 сегменті печінки, курс післяопераційної хіміотерапії.

#### 10.

Хвора К., 65 років, поступила зі скаргами на загальну слабкість, схуднення, втрату апетиту. При обстеженні виявлено наступне: анемія, рак печінкового згину ободової кишки 2 см, яка не звужує просвіт, множинні білобарні метастази у печінці (ураження 50% паренхіми), збільшені парааортальні л/в до 1,5 см. РЕА – 145 нг/мл. Індекс Карновського – 85%.

1. Який клінічний діагноз?
2. Можливості комбінованого лікування? Обґрунтуйте свою відповідь.

#### Еталони відповідей

1. Рак печінкового згину ободової кишки стадія IV  $T_2N_xM_1$ . Множинні метастази у печінку та заочеревинні л/в.

2. Курс системної хіміотерапії. За умови переводу нерезектабельних метастазів печінки у резектабельні та зменшення розмірів парааортальних л/в, провести резекцію метастазів у печінці (об'єм резекції в залежності від локалізації) та правобічну геміколектомію, продовжити курс системної хіміотерапії.

## РАК ПІДШЛУНКОВОЇ ЗАЛОЗИ

1.

Хворий А., 41 року, поступив у хірургічне відділення обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на жовтяницю, зниження апетиту. При КТ органів черевної порожнини виявлено: пухлиноподібний утвір головки підшлункової залози діаметром 2,5 см, загальна печінкова протока розширена до 1,5 см, позитивний симптом Курвуазьє, помірно розширені внутрішньопечінкові жовчні протоки, вільної рідини у черевній порожнині не виявлено, заочеревинні лімфовузли не збільшені. Рівень загального білірубіну в периферичній крові 420,0 мкмоль/л. Ваш діагноз, в чому полягає симптом Курвуазьє, яка подальша лікувальна тактика?

### Еталони відповідей

1. Карцинома головки підшлункової залози.
2. Пальпабельний, значно збільшений, напружений, неболючий жовчний міхур.
3. Подальша лікувальна тактика полягає у наступному: ліквідація механічної жовтяниці шляхом малоінвазивного втручання (ендоскопічне чи черезпечінкове стентування) з наступною радикальною операцією (ГПДР).

2.

Хвора А., 51 року, поступила у хірургічне відділення обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на іктеричність склер та шкіри, зниження апетиту, схуднення. При КТ органів черевної порожнини виявлено наступне: пухлиноподібний утвір головки підшлункової залози діаметром 3,5 см, загальна печінкова протока розширена до 2,0 см, збільшений у розмірах жовчний міхур, розширені внутрішньопечінкові жовчні протоки, множинні метастатичні вогнища в обох частках печінки. Рівень загального білірубіну у периферичній крові 380,0 мкмоль/л з перевагою фракції прямого білірубіну.

1. Який ваш діагноз?
2. Яка ваша подальша лікувальна тактика?

### Еталони відповідей

1. Дисемінований процес головки підшлункової залози, метастази в печінку.
2. Подальша лікувальна тактика полягає у наступному: ліквідація механічної жовтяниці (малоінвазивне дренування чи білідідгестивний анастомоз) з подальшою системною хіміотерапією.

3.

Хворий А., 40 років, поступив у хірургічне відділення обласного онкологічного диспансеру зі скаргами на «дискомфорт» в епігастрії, зниження апетиту, значне схуднення. При КТ органів черевної порожнини виявлено: пухлиноподібний утвір тіла підшлункової залози діаметром 3,0 см, множинні метастатичні вогнища в обох частках печінки різних розмірів. Хворий консультований хіміотерапевтом, йому рекомендовано проведення курсу системної паліати-

вної хіміотерапії.

1. З використанням якого цитостатичного препарату слід проводити цю хіміотерапію?

Еталон відповіді

1. Хіміотерапію необхідно проводити із гемцитабіном.

4.

Хвора І., 58 років, поступила в інфекційне відділення ЦРЛ з діагнозом - хвороба Боткіна. Під час клініко рентгенологічного дослідження запідозрена: механічна жовтяниця. Найімовірніше камінь локалізується в загальній жовчній протоці. Хворій запропонована операція, на що вона дала свою згоду. Під час операції з'ясувалося, що в хворой рак футерованого соска з переходом на стінку загальної жовчної протоки. Міхурова протока не залучена в пухлинний процес, однак розтягнута. Жовчний міхур напружений.

1. Яка ваша подальша лікувальна тактика?

Еталон відповіді:

1. При задовільному загальному стані хворого і кваліфікації хірурга хворому слід виконати панкреатодуоденальну резекцію. Інакше потрібно обмежитися накладенням обхідного анастомозу між жовчним міхуром і дванадцятипалою кишкою.

5.

У хворого 60 років на протязі 3 тижнів прогресує безбольова жовтяниця, шкірне свербіння, схуднення до 8 кг, ахолія. Пальпується позитивний симптом Курвуазьє. Вперше викликав додому дільничного терапевта. Проведено загально клінічне обстеження. При пальцевому дослідженні прямої кишки – патології не виявлено.

1. Оберіть попередній діагноз:

А. Рак підшлункової залози

В. Хвороба Боткіна

С. Рак печінки

Д. Рак жовчного міхура

Е. Малярія

Еталон відповіді

1. Рак підшлункової залози .

2. Яке додаткове обстеження ви рекомендуєте провести хворому? Яка ваша подальша лікувальна тактика?

Еталон відповіді

2. Хворому рекомендовано в умовах стаціонару провести щонайменше:

лабораторні дослідження : Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі.

Біохімічне дослідження крові: загальний білок, цукор крові, білірубін, АЛТ, АСТ, креатинін, сечовина, лужна фосфатаза, СА19-9. Інструментальні і апаратні: рентгеноскопію органів грудної клітки, УЗД органів черевної порожнини.

6.

Хворого 70 років, прооперовано у негайному порядку з приводу механічної жовтяниці. При ревізії виявлено, що причиною її є рак голівки підшлункової залози. Загальна жовчна протока стиснена. Жовчний міхур великий, наповнений жовчу. Міхурова і печінкова протоки розширені. Пухлина проростає в аорту. Екстирпація залози неможлива.

1. Яка тактика хірурга із перелічених нижче є найбільш оптимальною?
  - A. Накласти холецистоентероанастомоз з ентероентероанастомозом
  - B. Провести паліативну резекцію підшлункової залози
  - C. Провести панкреатодуоденальну резекцію
  - D. Призначити променеву терапію
  - E. Призначити хіміотерапію

Еталон відповіді

1. Накласти холецистоентероанастомоз з ентероентероанастомозом
2. Яка подальшалікувальна тактика після виписки хворого зі стаціонару?

ру?

Еталон відповіді

2. Хворий підлягає симптоматичному лікуванню за місцем проживання.

7.

У хворого 60 років при профогляді в поліклініці на УЗД живота запідозрений рак головки підшлункової залози.

1. Яке додаткове обстеження треба провести хворому?

Еталон відповіді

1. Хворому рекомендовано в умовах стаціонару провести щонайменше: лабораторні дослідження : Загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі. Біохімічне дослідження крові: загальний білок, цукор крові, білірубін, АЛТ, АСТ, креатинін, сечовина, лужна фосфатаза, СА19-9.

Інструментальні і апаратні: рентгеноскопію органів грудної клітки, УЗД органів черевної порожнини.

2. Яке лікування із зазначених нижче йому буде показане за умови, що процес визнаний резектабельним?

- A. Провести резекцію головки підшлункової залози
- B. Провести резекцію головки і тіла підшлункової залози
- C. Провести панкреато-дуоденальну резекцію
- D. Призначити променеву терапію
- E. Виконати холедохоєюностомію

Еталон відповіді:

2. Хворому слід провести панкреато-дуоденальну резекцію.

8.

Хвора, 50 років, госпіталізована в хірургічний стаціонар зі скаргами на виражену слабкість, головокружіння, періодичну блювоту, схуднення, помірні болі в верхній половині живота, жовтяницю. Страждає на протязі 4 міс. При дослідженні виявлена пухлина підшлункової залози, яка проросла в дванадця-



типалу кишку, кровоточить. В аналізі крові: гемоглобін-70г/л, білірубін-300 мкмоль/л (в основному за рахунок прямого)

1. Виберіть правильну лікувальну тактику із зазначених нижче:
  - A. Черезшкірне черезпечінкове дренування жовчних шляхів.
  - B. Виконання радикальної операції панкреатодуоденальної резекції.
  - C. Формування білодігестивного анастомозу на виключеній кишці за

Ру.

- D. Тільки симптоматичне лікування.
- E. Целиакографія з пробою селективної емболізації кровоточивої судини.

ни.

#### Еталон відповіді

1. У цій клінічній ситуації хворій слід виконати черезшкірне черезпечінкове дренування жовчних шляхів.

### 9.

Хворий, госпіталізований у клініку зі скаргами на біль в надчеревній ділянці, нудоту, блювоту. На протязі 6 місяців схуд на 15 кг. При рентгенологічному дослідженні шлунка виявлено синдром відтиснення його до переду без ознак семіотики ніш і дефектів виповнення.

1. Оберіть найбільш імовірний попередній діагноз із зазначених нижче:
  - A. Пухлина підшлункової залози
  - B. Стеноз воротаря
  - C. Виразкова хвороба шлунка
  - D. Рак шлунка
  - E. Пухлина товстої кишки

#### Еталон відповіді

1. Пухлина підшлункової залози.  
2. Яку необхідно провести диференційну діагностику і якими методами додаткового обстеження необхідно скористатися?

#### Еталон відповіді

2. Диференційну діагностику необхідно провести в першу чергу з доброякісними і злоякісними новотворами підшлункової залози, кістами підшлункової залози, за очеревинними пухлинами, лімфомами з ураженням за очеревинних лімфовузлів. Корисними будуть при цьому результати біохімічних досліджень крові, СА19-9, УЗД, КТ і МРТ органів черевної порожнини.

### 10.

Хворий М., 62 років звернувся до терапевта з приводу болу в мезогастральній області, яка іррадіює в поперекову ділянку, загальної слабкості, поганого апетиту, втрату ваги. Об'єктивно: хворий зниженого стану від живлення, шкіра і склери світло-жовтого кольору, живіт м'який. В правому підребер'ї пальпується збільшений, безболісний жовчний міхур. Сеча темного кольору, кал безбарвний.

1. Про яку патологію, що розвинулася у хворого М., слід думати
  - A. Рак головки підшлункової залози, механічна жовтяниця

- В. Жовчнокам'яна хвороба, механічна жовтяниця
- С. Гемолітична жовтяниця
- Д. Паренхіматозна жовтяниця
- Е. Цироз печінки

Еталон відповіді

1. Слід думати про рак головки підшлункової залози, ускладнений механічною жовтяницею

2. Яке додаткове обстеження треба провести хворому?

Еталон відповіді

2. Хворому рекомендовано в умовах стаціонару провести щонайменше: лабораторні дослідження : загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі. Біохімічне дослідження крові: загальний білок, цукор крові, білірубін, АЛТ, АСТ, креатинін, сечовина, лужна фосфатаза, СА19-9. Інструментальні і апаратні: рентгеноскопію органів грудної клітки, УЗД органів черевної порожнини.

## КОЛОРЕКТАЛЬНИЙ РАК

1.

Хворий В., 60 р., звернувся до проктолога поліклініки зі скаргами на рідкий стілець, періодичний біль внизу живота. В анамнезі хронічний коліт. При огляді: живіт м'який, болючий у нижніх відділах, де пальпується пухлинний утвір, дещо болючий, розмірами приблизно 5 на 7 см, обмежено рухомий. При пальцовому дослідженні прямої кишки патологічних змін не виявлено. Виконано ректороманоскопію: у прямій кишці патології не виявлено, просвіт сигмоподібної кишки на висоті 20 см звужений на 2/3 за рахунок інфільтрації, взято біопсію зі слизової цієї ділянки. Потім лікарем призначено іригоскопію. За її даними виявлено звуження просвіту сигмоподібної кишки за рахунок симетричного дефекту наповнення розмірами 3х3 см. Висновок гістологічного дослідження: аденокарцинома середнього ступеня злоякісності. При УЗД черевної порожнини: пухлинних утворів не виявлено, лімфатичні вузли інтактні.

1. Який клінічний діагноз найбільш імовірно можна встановити у цьому випадку (TNM)?

2. Який план лікування можна запропонувати цьому пацієнтові?

**Еталони відповідей**

1. Рак сигмоподібної кишки T3 NX G2 M0 II ст., Па кл. гр.

2. Хворому показане хірургічне лікування, а саме резекція сигмоподібної кишки в умовах спеціалізованого онкологічного закладу.

2.

Хвора А., 62 р., скерована в онкоцентр з підозрою на колоректальний рак. При поступленні скарги на загальну слабкість, різке схуднення, рідкий стілець, періодичний біль у правій половині живота. В анамнезі: сімейний поліпоз. При об'єктивному обстеженні встановлено наступне: шкірні покриви бліді, живіт м'який, болючий у правій половині, де пальпується пухлинний утвір, рухомий, неболючий. Додаткові дослідження: Загальний аналіз крові: гемоглобін – 90 г/л, еритроцити –  $3,2 \cdot 10^{12}/л$ , лейкоцити –  $10,3 \cdot 10^9 /л$ . Ректороманоскопія – патології не виявлено. Фіброколоноскопія: у висхідному відділі ободової кишки просвіт звужений за рахунок екзофітного утвору, розмірами до 5 см у діаметрі, з його поверхні відзначається контактна кровотеча. Виконана біопсія. Висновок гістологічного дослідження: аденокарцинома G1. УЗД черевної порожнини: виявлений пухлинний утвір висхідного відділу ободової кишки, інші органи та лімфатичні вузли інтактні.

1. Який ще метод додаткового дослідження потрібно застосувати для встановлення діагнозу та з якою метою.

2. Який клінічний діагноз найбільш імовірно можна встановити у цьому випадку (TNM)?

3. Визначте оптимальну тактику лікування для цього пацієнта.

**Еталони відповідей**

1. Необхідно застосувати КТ органів грудної клітки та черевної порожнини з метою виявлення можливого метастазування у паренхіматозні органи та лімфатичні вузли.

2. Рак висхідної ободової кишки T3 NX M0, II ст., Па кл. гр.

3. Оптимальна тактика така: хірургічне лікування: в об'ємі правобічної геміколектомії.

### 3.

Хвора А., 65 р., поступила в онкоцентр зі скаргами на загальну слабкість, здуття живота, запори, періодичні домішки слизу у калі. При об'єктивному обстеженні встановлено наступне: шкірний покрив з блідим відтінком, живіт дещо побільшений у розмірах, при перкусії – тимпаніт у епі-та мезогастрії, при глибокій пальпації болючий у лівій половині. При пальцьовому дослідженні прямої кишки патологічних змін не виявлено. Ректороманоскопія – без особливостей. Призначено і виконано фіброколоноскопію, де встановлено наступне: пряма кишка без патології, просвіт низхідної ободової кишки звужений за рахунок ендоефітного утвору, який кровить при контакті, взято біопсію. Висновок гістологічного дослідження: аденокарцинома низького ступеня злоякісності. Призначено і виконано УЗД органів черевної порожнини, яке онкологічної патології не виявило.

1. Який клінічний діагноз найбільш імовірно можна встановити у цьому випадку (TNM)?

2. Визначте оптимальну тактику лікування для цього пацієнта.

Тактика лікування?

**Еталони відповідей**

1. Рак низхідної ободової кишки T3NXM0, II ст., Па кл. гр.

2. Оптимальна тактика така: хірургічне лікування: в об'ємі лівобічної геміколектомії.

### 4.

Хвора П., 58 р., поступила в онкоцентр зі скаргами на загальну слабкість, нудоту, іноді блювоту, відчуття важкості у животі, бурчання, запори. В анамнезі: неспецифічний виразковий коліт протягом 10 років. При об'єктивному обстеженні встановлено наступне: шкірний покрив з блідим відтінком, живіт дещо здутий, при перкусії помірний тимпаніт на всьому протязі, при глибокій пальпації болючий у лівій половині, пухлинних утворів не визначається. При пальцьовому дослідженні прямої кишки патологічних змін не виявлено. Ректороманоскопія – без особливостей. Фіброколоноскопія: пряма кишка без патології, просвіт низхідної ободової кишки звужений на 1/3 за рахунок екзофітного утвору до 3 см у діаметрі, який кровить при дотиканні, взято біопсію. Висновок гістологічного дослідження: аденокарцинома високого ступеня злоякісності. Призначено і виконано УЗД органів черевної порожнини, де виявлено у III сегменті печінки гіпоехогенний вогнищевий утвір до 2,5 см у діаметрі з гіперехогенним обідком. Потім призначено і зроблено КТ грудної клітки, черевної порожнини та малого тазу, при цьому виявлена пристінкова інфільтрація

брижі ободової кишки, лімфатичні вузли черевної порожнини без патологічних змін, у печінці гіподенсивний вогнищевий утвір 2,9 см у діаметрі з гіперденсивним обідком, крім цього, збільшені до 1,2 см лімфатичні вузли у брижі низхідної ободової кишки.

1. Який клінічний діагноз, на вашу думку, встановлено у хворого (TNM)?
2. Який ще метод додаткового дослідження потрібно застосувати для встановлення клінічного діагнозу та з якою метою?
3. Визначте оптимальну тактику лікування, а у разі наявності показань до операції, який додатковий метод діагностики доцільно використати?

#### **Еталони відповідей**

1. Найбільш імовірно можна встановити рак низхідної ободової кишки T3 NX M1, IV ст., II кл. гр.
2. Необхідно провести черешшкірну трепан-біопсію патологічного вогнища в III сегменті печінки під контролем УЗД з метою верифікації до початку лікування.
3. Оптимальною буде така тактика: резекція печінки ураженої метастазом, правобічна геміколектомія і ад'ювантна хіміотерапія. Під час операції доцільно застосувати УЗД печінки з метою виявлення інших метастазів, остаточного визначення локалізації метастазу та відношення його до судинних структур.

#### 5.

Хворий Б., 61 р., поступив в онкоцентр зі скаргами на загальну слабкість, періодичний біль у правій половині живота і наявність там пухлиноподібного утвору. В анамнезі: сімейний поліпоз. При об'єктивному обстеженні встановлено наступне: шкірний покрив з блідим відтінком, живіт м'який, при глибокій пальпації болючий у правій половині живота, де визначається округлий рухомий пухлиноподібний утвір до 8 см у діаметрі. При пальцовому дослідженні прямої кишки патологічних змін не виявлено. Ректороманоскопія – без особливостей. Призначена і виконана іригоскопія: де рентгенологом у висхідній ободовій кишці знайдено дефект наповнення, що значно її звужує. Згодом зроблено фіброколоноскопію, при цьому у висхідній ободовій кишці виявлено звуження її просвіту на 2/3 за рахунок екзофітного горбистого утвору до 6 см у діаметрі, який кровоточить при дотику, взято біопсію. Висновок гістологічного дослідження: аденокарцинома. На УЗД та КТ черевної порожнини онкологічної патології не виявлено.

1. Який клінічний діагноз, на вашу думку, встановлено у хворого (TNM)?
2. Яке оптимальне лікування показане хворому?

#### **Еталони відповідей**

1. Рак висхідної ободової кишки T3 NX M0, II ст., II кл. гр.
2. Хворому показане хірургічне лікування в об'ємі лівобічної геміколектомії.

6.

Хворий М., 60 р., звернувся до проктолога поліклініки зі скаргами на дискомфорт в нижній половині живота. При об'єктивному обстеженні ознак онкологічних захворювань не виявлено. Призначено і виконано фіброколоноскопію, при цьому виявлені два поліпи у сигмоподібній кишці, розмірами до 1,5 см кожний. Проведена біопсія одного із поліпів з повним його видаленням. Висновок гістологічного дослідження: аденоматозний поліп.

1. Які види поліпів товстої кишки ви знаєте?
2. Чи малігнізуються аденоматозні поліпи і як часто?
3. Яка тактика лікування при виявленні аденоматозних поліпів?

**Еталони відповідей**

1. Існують ювенільні, гіперпластичні і аденоматозні поліпи, як одиничні так і множинні.
2. Так, загальна частота малігнізації поліпів коливається від 5 до 10%.
3. Тактика лікування полягає у видаленні поліпів (ендоскопічним чи іншими способами) і диспансерному спостереженні у післяопераційному періоді.

7.

Хвора Ф. 58 р., поступила в проктологічний відділ зі скаргами на загальну слабкість, схуднення, біль в лівій половині живота, запори. В анамнезі неспецифічний виразковий коліт протягом 7 років. При об'єктивному обстеженні встановлено наступне: шкірний покрив з блідим відтінком при поверхневій пальпації живіт м'який, при глибокій – болючий в лівій половині, де пальпується пухлиноподібний утвір до 7 см в діаметрі, обмежено рухомий. При пальцьовому дослідженні прямої кишки патологічних змін не виявлено. Ректороманоскопія – без особливостей. Виконана фіброколоноскопія: просвіт низхідної ободової кишки звужений за рахунок екзофітного горбистого утвору до 6 см у діаметрі, взято біопсію. Висновок гістологічного дослідження: аденокарцинома. Зроблено УЗД черевної порожнини: органи черевної порожнини без ознак онкологічної патології. Згодом на КТ грудної клітки та черевної порожнини: виявлені два округлі гіподенсивні вогнища у нижній частці правої легені розмірами 2 та 1,5 см у діаметрі.

1. Який клінічний діагноз найбільш імовірно можна установити в даному випадку (TNM)?
2. Визначте тактику лікування цього хворого?

**Еталони відповідей**

1. Рак низхідної ободової кишки T3 NX M1, IV ст., II кл. гр.
2. Хворому показане комбіноване лікування: хірургічне – в об'ємі ліво-бічної геміколектомії, резекція нижньої частки правої легені. У післяопераційному періоді – хіміотерапія.

8.

Хворий С., 68 р., поступив у хірургічний відділ онкодиспансеру зі скаргами на загальну слабкість, нудоту, важкість у животі, запори. В анамнезі –

страждає на спадковий поліпоз товстої кишки. При об'єктивному обстеженні встановлено наступне: шкірний покрив з блідим відтінком при поверхневій пальпації живіт дещо здутий, болючий у лівій половині, пухлина не пальпується. При пальцовому дослідженні прямої кишки патологічних змін не виявлено. Призначено і виконано фіброколоноскопію, де виявлено, що просвіт низхідної ободової кишки звужений на 2/3 за рахунок ендоефітного утвору, взято біопсію. Висновок гістологічного дослідження: аденокарцинома. Далі призначено і зроблено УЗД та КТ черевної порожнини: ознак генералізації захворювання не виявлено.

1. Який клінічний діагноз найбільш імовірно можна встановити у хворого (TNM)?

2. Визначте тактику лікування цього хворого.

**Еталони відповідей**

1. Рак низхідної ободової кишки T3 NX M0, II ст., II кл. гр.

2. Тактика лікування наступна: виконання лівобічної геміколектомії, у післяопераційному періоді – вирішити питання доцільності ад'ювантної хіміотерапії.

## 9.

Хворий К. 68 р., поступив у хірургічний відділ онкодиспансеру зі скаргами на загальну слабкість, схуднення, здуття живота, запори. При об'єктивному обстеженні встановлено наступне: шкірний покрив з блідим відтінком, живіт при поверхневій пальпації дещо здутий, при глибокій - у правій половині визначається пухлиноподібний утвір розмірами 3 на 6 см, рухомий, помірно болючий. Печінка збільшена на 4 см з-під краю правої реберної дуги, щільна, горбиста. При пальцовому дослідженні прямої кишки патологічних змін не виявлено. Призначено і виконано фіброколоноскопію, де виявлено наступне: просвіт поперечної ободової кишки звужений на 1/3 у ділянці печінкового згину за рахунок ендоефітного утвору, який кровить при інструментальній пальпації, взято біопсію. Висновок гістологічного дослідження: аденокарцинома. Потім призначено і проведено УЗД черевної порожнини і КТ грудної клітки та черевної порожнини. Виявлено множинні специфічні вогнища в обох частках печінки (уражено біля 60 % паренхіми), при цьому окремі заочеревинні лімфатичні вузли збільшені до 1,5 см. Інших змін не виявлено.

1. Який клінічний діагноз найбільш імовірно можна встановити у хворого (TNM)?

2. Визначте тактику лікування цього хворого.

**Еталони відповідей**

1. Рак печінкового згину поперечної ободової кишки T3 NX M1, IV ст., II кл. гр..

2. Хворому передовсім показано проведення курсу системної паліативної хіміотерапії, після чого, в залежності від ефективності, можливий перегляд лікувальної тактики..

## 10.

Хвора Ж., 52 р., з'явилася для контрольного огляду до онколога поліклініки. В анамнезі – півтора роки тому була прооперована з приводу раку сигмоподібної кишки II стадії рТ3 N0 M0 G<sub>2</sub>. Хіміотерапію після операції не отримувала, онколога не відвідувала. Під час клінічного і додаткового обстеження у неї виявлені множинні нерезектабельні метастази у печінці (п'ять у правій частці і три у лівій частці). Хворій була призначена хіміотерапія з метою переведення нерезектабельних метастазів у резектабельні. Після 3 циклів хіміотерапії на контрольній КТ черевної порожнини та грудної клітки виявлена регресія метастазів в печінці на 56% і зникнення двох із них у лівій частці.

1. Яка була б ваша подальша лікувальна тактика у цьому випадку?

**Еталон відповіді**

1. Лікувальна тактика наступна: правобічна гемігепатектомія з резекцією метастазу у лівій частці печінки, після чого продовжити курс хіміотерапії.

11.

Хворий Б., 60 р., поступив у проктологічний відділ обласної лікарні зі скаргами на тенезми, прожилки крові в калі, схуднення на 5 кг за 2 місяці. При об'єктивному обстеженні збільшених периферичних лімфатичних вузлів не виявлено. Живіт м'який, неболючий. При дослідженні прямої кишки по лівій боковій стінці пальпується пухлина на висоті біля 6 см, ригідна, болюча. Ректороманоскопія: на лівій стінці прямої кишки є екзофітний утвір на 6 см вище ануса, рухома, дещо болюча. Біопсія. Висновок гістологічного дослідження біоптату: аденокарцинома. УЗД та КТ черевної порожнини та малого тазу: у нижній третині прямої кишки пухлина розмірами 3x2 см. Параректальна клітковина інтактна.

1. Який клінічний діагноз можна встановити?

2. Яка ваша лікувальна тактика стосовно цього пацієнта?

**Еталони відповідей**

1. Відповідь: рак нижньої третини прямої кишки T2NxM0, I ст., II кл. гр.

2. Хворому показане хірургічне лікування в об'ємі черевно-анальної резекції прямої кишки зі зведенням.

12.

Хвора К., 65 р., поступила у проктологічний відділ обласної лікарні зі скаргами на запори, тенезми, олівцеподібний стілець. За останні три місяці схудла на 10 кг. При пальцевому дослідженні прямої кишки на висоті вказівного пальця пальпується пухлиноподібний циркулярний утвір, який звужує просвіт кишки на 2/3, малорухомих, дещо фіксований по задній стінці. Ректороманоскопія: слизова інфільтративно змінена, ригідна у нижній третині, просвіт циркулярно звужений на 2/3. Біопсія. Висновок гістологічного дослідження біоптату: низькодиференційована аденокарцинома. УЗД та КТ органів черевної порожнини та малого тазу: у черевній порожнині без патології, в малому тазу у проекції н/3 прямої кишки виявлений інфільтративний гіподенсивний утвір розмірами 3x3 см, який поширюється на параректальну клітковину по задній стінці.



1. Який клінічний діагноз можна встановити?
2. Яка ваша лікувальна тактика стосовно цього пацієнта?

#### Еталони відповідей

1. Інфільтративний рак нижньої третини прямої кишки T3NxM0, III ст., II кл. гр.
2. Хворому показане комбіноване лікування: передопераційна телегам-матерапія і хірургічне в об'ємі черевно-промежнинної екстирпації прямої кишки. У післяопераційному періоді розглянути доцільність проведення хіміотерапії.

13.

Хвора В., 64 р., поступила в онкоцентр зі скаргами на біль у ділянці прямої кишки, виділення слизу і крові при дефекації. При об'єктивному і додатковому обстеженні встановлений діагноз: рак прямої кишки T3NxM0, II ст. Віддалених метастазів не виявлено. Пухлина локалізувалась у нижньоампулярному відділі прямої кишки. Гістологічно пухлина має будову низькодиференційованої аденокарциноми. Хворій проведено комбіноване лікування в об'ємі доопераційної променевої терапії та черевно-промежнинної екстирпації прямої кишки.

1. Які основні принципи реабілітації хворих з колостомою (що повинна знати хвора про колостому, як керувати колостомою)?

#### Еталон відповіді

1. Основні принципи медичної реабілітації наступні:
  - 1) дефекація повинна бути у певні години доби, 1 раз на добу або на дві доби;
  - 2) стілець має бути сформованим;
  - 3) прийом їжі не більше трьох разів на добу;
  - 4) необхідно дотримуватися дієти ( менше вживати продукти, які мають послаблюючий або скріплюючий ефект.
  - 5) догляд за колостомою ( на шкіру –цинкова мазь, на слизову – вазелінова олія).

14.

Хворий А. 59 р., поступив в онкоцентр зі скаргами на переймоподібний біль у промежині, тенезми, кров у калі, слиз. Схуднув на 6 кг. При об'єктивному обстеженні встановлено наступне: живіт дещо здутий, при пальпації неболючий. При пальцевому дослідженні прямої кишки пухлина не визначається, виявлені прожилки крові. Ректороманоскопія: на висоті 12 см від ануса виявлений ендоефітний пухлиноподібний утвір, який кровить при контакті, звужує просвіт кишки на 1/3, ригідний. Біопсія. Висновок гістологічного дослідження біоптату: аденокарцинома G2. УЗД та КТ черевної порожнини і малого тазу: віддалених метастазів не виявлено.

1. Який клінічний діагноз можна встановити?
2. Яка ваша лікувальна тактика стосовно цього пацієнта?

#### Еталони відповідей

1. Рак прямої кишки T3NxM0II ст., II кл. гр.
2. Хворому показане хірургічне лікування в об'ємі низької передньої резекції прямої кишки.

15.

Хвора К., 60 р., поступив в онкоцентр зі скаргами на запори, тенезми, біль у промежині, слиз та кров у калі. Схуднув на 10 кг за останні 3 місяці. При об'єктивному обстеженні: хвора гіперстенічної будови, шкірні покриви бліді, живіт м'який, дещо здутий, неболючий. Печінка збільшена, нижній її край виступає на 4 см з-під краю реберної дуги, щільний, неболючий. При пальцевому обстеженні прямої кишки визначається пухлиноподібний утвір на висоті 4 см від ануса, кровить при контакті. Ректороманоскопія: напівциркулярний ендодіфінний утвір, малорухомий, кровить при пальпації, звукує просвіт кишки на 1/3. Біопсія. Висновок гістологічного дослідження біоптату: аденокарцинома G1. Зроблено УЗД та КТ черевної порожнини та малого тазу: множинні метастази у печінці (уражено 60 % паренхіми), збільшені заочеревинні лімфатичні вузли до 1 см. КТ грудної клітки – без патологічних змін. Виконана трепанобіопсія пухлини печінки. Висновок гістологічного дослідження біоптату: метастаз аденокарциноми G2.

1. Який клінічний діагноз можна встановити?
2. Яка ваша лікувальна тактика стосовно цього пацієнта?

**Еталони відповідей**

1. Рак прямої кишки T3NxM1V1 ст., II кл. гр. Множинні метастази у печінку.

2. Хворому рекомендовано провести курс паліативної хіміотерапії (3 цикли), після чого необхідно зробити контрольну КТ грудної клітки, черевної порожнини та малого тазу. У випадку розвитку товстокишкової непрохідності – колостомія.

16.

Хвора В., 55 р., доставлена в ургентну хірургічну клініку зі скаргами на запори, відчуття важкості у животі, відсутність стільця протягом 5 діб, нудоту, схуднення. Вважає себе хворою 3 місяці, лікувалась самостійно, приймала послаблюючі та спазмолітики, однак виразного полегшення не відзначила. При об'єктивному обстеженні: шкіра з блідим відтінком, видимі слизові оболонки блідо-рожеві. Живіт помірно здутий, болючий у гіпогастрії, перистальтика в'яла, симптоми подразнення очеревини не викликаються. При пальцевому дослідженні прямої кишки виявлено пухлиноподібний утвір на висоті 4 см від ануса, по задній стінці прямої кишки, болючий, ригідний, визначається контактна кровочивість. Ректороманоскопія: на висоті 4 см від ануса пухлино подібний ендодіфінний утвір з виразкуванням, розмірами 3x2 см, звукує просвіт кишки на ¾ обмежено рухомий. Біопсія. Висновок гістологічного дослідження біоптату: аденокарцинома G2. Оглядова рентгеноскопія черевної порожнини: виявлені чаші Клойбера. УЗД черевної порожнини: віддалених метастазів не виявлено. КТ грудної клітки, черевної порожнини та малого тазу: віддалених метастазів не виявлено, в малому тазу у проекції прямої кишки у нижньому її відділі пухлинний інфільтрат, який поширюється на параректальну клітковину більше до заду, збільшені лімфатичні вузли до 2 см у параректальній клітковині.

1. Який клінічний діагноз можна встановити?
2. Яка ваша лікувальна тактика стосовно цього пацієнта?

### Еталони відповідей

1. Рак прямої кишки T3N1M0, стадія III, кл. гр.. II. Хронічна кишкова непрохідність.
2. Хворій показане хірургічне лікування у невідкладному порядку, об'єм якого остаточно буде встановлено після лапаротомії. Якщо випадок виявиться нерезектабельним, то слід виконати колостомію.

### 17.

Хворий К., 62 р., поступив у хірургічний відділ міської лікарні зі скаргами на переймоподібні болі внизу живота, відсутність стільця протягом 6 діб, виражену загальну слабкість, головокружіння. При об'єктивному обстеженні: шкірний покрив з блідим відтінком, на чолі холодний піт, риси обличчя загостренні, дихання часте, гемодинаміка стабільна. Живіт збільшений у розмірах внаслідокздуття, болючий при пальпації, перистальтика відсутня. Рентгеноскопія черевної порожнини: виявлені чаші Клойбера. При пальцевому дослідженні прямої кишки пухлини не виявлено. УЗД черевної порожнини: роздуті петлі товстої кишки, віддалених метастазів не виявлено. В ургентному порядку вирішено провести оперативне втручання з метою ліквідації кишкової непрохідності. При ревізії: петлі поперекової, низхідної та сигмоподібної ободової кишок значно роздуті, виявлено циркулярну інфільтративну пухлину у верхньоампулярному відділі прямої кишки, протяжністю до 4 см, яка повністю звужує її просвіт. Віддалених метастазів не виявлено.

1. Який клінічний діагноз можна встановити?
2. Яка ваша лікувальна тактика стосовно цього пацієнта?

### Еталони відповідей

1. Рак прямої кишки T3NxM0, ст. II, кл. гр. II.
2. Враховуючи розміри пухлини та характер її росту, а також можливі технічні труднощі при мобілізації прямої кишки в умовах кишкової непрохідності, рекомендовано провести операцію Гартмана.

### 18.

Хвора Н, 60 р., поступила в онкоцентр зі скаргами на переймоподібні болі у промежині, тенезми, появу крові і слизу у калі. З анамнезу відомо, що схудла на 5 кг протягом 2 місяців. Під час об'єктивного обстеження живіт дещо здутий, при пальпації неболючий. При пальцевому дослідженні прямої кишки пухлина не пальпується, виявлені прожилки крові. Виконана ректороманоскопія, і на висоті 12 см від ануса виявлений ендофітний пухлиноподібний утвір, який звужує просвіт кишки на 1/3, ригідний, кровить при контакті. Взято біопсію. Висновок гістологічного дослідження біоптату: аденокарцинома G2. Зроблено УЗД та КТ черевної порожнини і малого тазу, під час яких виявлені два метастази у 6 та 7 сегментах печінки розмірами 2x3 см та 3x2,5 см відповідно.

1. Який клінічний діагноз можна встановити?
2. Яка ваша лікувальна тактика стосовно цього пацієнта?

### Еталони відповідей

1. Рак прямої кишки T3NxM1 IV ст., II кл. гр..

2. Хворому показано паліативне комбіноване лікування: комбіноване хірургічне втручання для видалення метастазів у печінці і низька передня резекція прямої кишки, у післяопераційному періоді - поліхіміотерапія.

19.

Хворий Н., 62 р., поступив у проктологічний відділ онкоцентру зі скаргами на запори, тенезми, олівцеподібний стілець. З анамнезу відомо, що за останні два місяці схуд на 5 кг. Під час об'єктивного обстеження звертає на себе увагу помірна блідість шкіри, периферичні лімфовузли не пальпуються, печінка в межах норми. При пальцевому дослідженні прямої кишки виявлено на висоті вказівного пальця пухлиноподібний циркулярний утвір, який звужує просвіт кишки на 2/3, малорухомий, дещо фіксований до задньої стінки. Виконана ректороманоскопія, на якій видно, що слизова прямої кишки інфільтративно змінена, ригідна у нижній третині, просвіт її циркулярно звужений на 2/3. Взято біопсію. Висновок гістологічного дослідження біоптату: низькодиференційована аденокарцинома. Зроблено УЗД та КТ черевної порожнини і малого тазу, на яких виявлено, що пухлина поширюється на параректальну клітковину по задній стінці.

1. Який клінічний діагноз можна встановити?
2. Яка ваша лікувальна тактика стосовно цього пацієнта?

**Еталони відповідей**

1. Інфільтративний рак нижньої третини прямої кишки T3NхM0, III ст., II кл. гр.

2. Хворому показано комбіноване лікування: передопераційна телегамматерапія за методом великого фракціонування дози, а потім хірургічне в об'ємі черевно-промежної екстирпації прямої кишки. У післяопераційному періоді слід розглянути доцільність застосування ад'ювантної хіміотерапії.

20.

Хвора Ф., 60 р., поступив у проктологічний відділ онкоцентру зі скаргами на тенезми, появу прожилків крові у калі, схуднення (на 10 кг за 3 місяці). При об'єктивному обстеженні шкірний покрив з блідим відтінком, живіт м'який, неболючий. При пальцевому дослідженні прямої кишки визначається пухлина на висоті біля 7 см від ануса, ригідна. Виконана ректороманоскопія, де виявлено на висоті 6,5 см по правій стінці кишки екзофітний утвір, рухомий, дещо болючий. Взято біопсію. Висновок гістологічного дослідження біоптату: аденокарцинома. Зроблено УЗД та КТ черевної порожнини та малого тазу, на яких виявлено солітарний метастаз у 4 сегменті печінки D≈3 см, параректальна клітковина інтактна.

1. Який клінічний діагноз можна встановити?
2. Яка ваша лікувальна тактика стосовно цього пацієнта?
3. Який малоінвазивний метод можна використати для лікування солітарного метастазу у 4 сегменті печінки?

**Еталони відповідей**

1. Рак прямої кишки T2NхM1, IV ст., II кл. гр.

2. Хворому показане комбіноване лікування: хірургічне, в об'ємі червено-анальної резекції прямої кишки зі зведенням, і радіочастотної термоабляції метастазів у печінці, у післяопераційному періоді - курс післяопераційної хіміотерапії.

## ПУХЛИНИ ШИЙКИ МАТКИ, ЕНДОМЕТРІЯ, ЯЄЧНИКІВ

1.

У пацієнтки 38 років при бімануальному обстеженні виявлено пальпабельний гладкостінний рухомий утвір в проекції правого яєчника. При визначенні сироваткових рівнів пухлинних маркерів - СА-125 = 60 ОД/мл, НЕ-4 = 48 пмоль/л, ROMA = 4%, розміри утвору за даними УЗД – 48х35 мм.

1. Якою є оптимальна тактика обстеження?
2. Якою є оптимальна тактика лікування при пролонгації цих змін?

### Еталони відповідей

1. Динамічне спостереження, повторне визначення рівня сироваткових маркерів, УЗД через 1-1,5 місяців;
2. Лапароскопічне видалення пухлини.

2.

Хвора 45 років скаржиться на поліменорагії. При бімануальному обстеженні виявлено: шийка матки чиста, матка не збільшена, рухома. В проекції правого яєчника пухлинний утвір діаметром 6 см, рухомий, неболючий. СА-125 = 10 ОД/мл, НЕ-4 = 40 пмоль/л. При фракційному вишкрібанні цервікального каналу, порожнини матки виявлено просту залозисто-кістозну гіперплазію ендометрія.

1. Якою найбільш імовірно є ця пухлина яєчника?

### Еталон відповіді

1. Найбільш ймовірно пухлина є андробластою.

3.

При проходженні чергового скринінгового обстеження в жінки 35 років виявлено III-V тип цитологічного мазка з шийки матки. При поглибленому кольпоскопічному обстеженні та в біопсійному матеріалі з шийки матки патологічних змін не встановлено. Ендоцервікальний кюретаж виявив в помірну дисплазію шийки матки.

1. Що із зазначеного нижче слід зробити:
  - A. Повторити мазок через 3 місяці;
  - B. Повторити кольпоскопію через 3 місяці;
  - C. Виконати гістеректомію;
  - D. Виконати конізацію шийки матки;
  - E. Нічого не робити.

### Еталони відповідей

1. Слід виконати конусоподібну діатермоексцизію шийки матки.

4.

У жінки 23 років, яка не народжувала, при цитологічному обстеженні шийки матки виявлено мазок II – А типу. При кольпоскопії – у I зоні на шийці матки ніжна та доволі чітко окреслена ацетобіла пляма. В матеріалі прицільної біопсії ознак дисплазії не виявлено. Полімеразна ланцюгова реакція (ПЛР) підт-

вердила присутність вірусу папіломи людини 16 типу в клітинах плоского епітелію шийки матки.

1. Що слід рекомендувати пацієнтці?

**Еталон відповіді**

1. Слід повторити цитологію, кольпоскопію та ПЛР через 3-4 місяці;

5.

У вагітної жінки 25 років (перша вагітність) при постановці на облік виявлено III тип мазка. Кольпоскопія дозволена встановити наявність контрастної ацетобілої плями з мозаїцизмом на ектоцервіксі та ектопією циліндричного епітелію шийки матки. В біопсійному матеріалі шийки матки виявлено важку дисплазію.

1. Що їй слід зробити?

**Еталони відповідей**

1. Нічого не робити.

6.

Жінка 48 років з міомою матки, діагностовано 3 роки тому, скаржиться на слабкість, розлади менструального циклу. Вона стверджує, що її місячні рясні, проходять що 4 тижні. Протягом останніх 3-ох місяців були міжменструальні кровомазання по 3-4 дні.

1. Яка ваша оптимальна тактика?

**Еталони відповідей**

1. Оптимальним є вишкрібання цервікального каналу, порожнини матки;

7.

Жінка 60 років звернулася в жіночу консультацію з приводу кровомазання, що з'явилися в менопаузі 6 років. При огляді в дзеркалах : шийка матки чиста. Матка не збільшена, рухома. Додатки не визначаються. Цитологія з шийки матки – II-B тип.

1. Якою є оптимальна діагностично-лікувальна тактика у цьому випадку?

**Еталон відповіді**

1.Оптимальним є фракційне діагностичне вишкрібання порожнини матки;

8.

При огляді в дзеркалах в пацієнтки 52 років в нижній третині піхви на передній стінці виявлено пухлинний утвір діаметром 2x2 см. При біопсії діагностовано аденокарциному, не виключено метастатичного походження.

1. Яким, із наведених нижче, найбільш імовірно може бути первинне вогнище пухлини?

А. Рак ендометрія;

Б. Рак яєчника;

- В. Рак нирки;
  - Г. Рак грудної залози;
  - Д. Усі перераховані вище.
- Еталон відповіді**
- 1. Усі перераховані вище

9.

35-річна жінка єврейка Ашкеназі звернулася до гінеколога на консультацію, у зв'язку з тим, що в її 60-ти річної тітки (батькової сестри) нещодавно діагностовано рак яєчника. Жінка цікавиться своїм власним ризиком мати рак яєчника. В неї в анамнезі не було інших епізодів пов'язаних з раком. Її діти здорові. При ультразвуковому обстеженні не виявлено ознак патології.

1. Яка діагностично-лікувальна тактика лікаря гінеколога?

**Еталон відповіді**

1. Ця категорія жінок підлягає докладному диспансерному спостереженню. Вона має звернутися у генетичну консультацію, оскільки виникнення раку яєчника у цієї групи жінок можуть бути пов'язаним з мутацією пухлиносупресорного гена BRCA-1. У разі її виявлення, проводиться щорічне трансвагінальне ультразвукове обстеження і дослідження рівня СА-125.

10.

52-річна жінка, європеїдної раси, має помітне збільшення живота у розмірах протягом останніх 6 тижнів, періодичні болі внизу живота, з приводу чого звернулася до приватного гінеколога. З анамнезу відомо, що мазок з шийки матки востаннє брався у неї за 2 роки до менопаузи. Як мазок, так і гінекологічний статус були в нормі. Отримує естрогенозамісну терапію. При об'єктивному обстеженні – помірне здуття живота, незначний набряк нижніх кінцівок, периферичні лімфатичні вузли – без особливостей. При вагінальному огляді – матка нормальної величини з нечіткою вузлуватістю у дугласовому просторі. Об'ємних утворів не визначається.

1. Який попередній діагноз можна встановити у жінки?

2. Яка наступна діагностична процедура є обов'язковою?

**Еталони відповідей**

1. Можна запідозрити ендометріїдний рак.

2. Обов'язковим є окреме вишкрібання порожнини матки, окреме – церві кального каналу з морфологічним дослідженням біоптичного матеріалу.

11.

52-річна жінка, європеїдної раси, має помітне збільшення живота у розмірах протягом останніх 6 тижнів, періодичні болі внизу живота, з приводу чого звернулася до приватного гінеколога. З анамнезу відомо, що мазок з шийки матки востаннє брався у неї за 2 роки до менопаузи. Як мазок, так і гінекологічний статус були в нормі. Отримує естрогенозамісну терапію. При об'єктивному обстеженні – помірне здуття живота, незначний набряк нижніх кінцівок, пери-



феричні лімфатичні вузли – без особливостей. При вагінальному огляді – матка нормальної величини з нечіткою вузлуватістю у дугласовому просторі. Об'ємних утворів не визначається.

1. З метою додаткового дослідження можна використати всі наступні методи дослідження, крім:

- A. КТ живота і тазу.
- B. СА-125 і РЕА.
- C. Біопсія ендометрія.
- D. Рентгенографія грудної клітки.
- E. Мамографія

**Еталон відповіді**

1. З метою додаткового дослідження можна використати всі наступні методи дослідження, крім мамографії.

12.

52-річна жінка, європеїдної раси, має помітне збільшення живота у розмірах протягом останніх 6 тижнів, періодичні болі внизу живота, з приводу чого звернулася до приватного гінеколога. З анамнезу відомо, що мазок з шийки матки востаннє брався у неї за 2 роки до менопаузи. Як мазок, так і гінекологічний статус були в нормі. Отримує естрогенозамісну терапію. При об'єктивному обстеженні – помірне здуття живота, незначний набряк нижніх кінцівок, периферичні лімфатичні вузли – без особливостей. При вагінальному огляді – матка нормальної величини з нечіткою вузлуватістю у дугласовому просторі. Об'ємних утворів не визначається. Хворій після повного клінічного і додаткових досліджень проведено операційне втручання. Інтраопераційно знайдено: три-сантиметровий пухлинний утвір в сальнику з імплантатами по черевині діаметром біля 1мм, помірну кількість асцити. Обидва яєчники втягнені в пухлинний процес, проте вони лише незначно збільшені в розмірах-3х3.5 см.

1. Яким повинен бути оптимальний об'єм оперативного втручання у цьому випадку?

**Еталон відповіді**

1. Об'єм оперативного втручання повинен бути таким: ревізія черевної порожнини, видалення матки, труб, яєчника, сальника, дисемінатів на черевині, збільшених лімфатичних вузлів.

13.

52-річна жінка, європеїдної раси, має помітне збільшення живота у розмірах протягом останніх 6 тижнів, періодичні болі внизу живота, з приводу чого звернулася до приватного гінеколога. З анамнезу відомо, що мазок з шийки матки востаннє брався у неї за 2 роки до менопаузи. Як мазок, так і гінекологічний статус були в нормі. Отримує естрогенозамісну терапію. При об'єктивному обстеженні – помірне здуття живота, незначний набряк нижніх кінцівок, периферичні лімфатичні вузли – без особливостей. При вагінальному огляді – матка нормальної величини з нечіткою вузлуватістю у дугласовому просторі. Об'ємних утворів не визначається. Хворій після повного клінічного і додатко-

вих досліджень проведено операційне втручання. Заключне дослідження виявило низькодиференційовану ендометріюїдну карциному, з втягненням яєчників, очеревини, сальника (3x3x2 см). Цитологічно – раковий асцит.

1. Якій стадії за класифікацією FIGO відповідає описана картина?

**Еталон відповіді**

1. Описана картина відповідає ІІІС стадії..

14.

52-річна жінка, європеїдної раси, має помітне збільшення живота у розмірах протягом останніх 6 тижнів, періодичні болі внизу живота, з приводу чого звернулася до приватного гінеколога. З анамнезу відомо, що мазок з шийки матки востаннє брався у неї за 2 роки до менопаузи. Як мазок, так і гінекологічний статус були в нормі. Отримує естрогенозамісну терапію. При об'єктивному обстеженні – помірне здуття живота, незначний набряк нижніх кінцівок, периферичні лімфатичні вузли – без особливостей. При вагінальному огляді – матка нормальної величини з нечіткою вузлуватістю у дугласовому просторі. Об'ємних утворів не визначається. Хворій після повного клінічного і додаткових досліджень проведено операційне втручання. Постхірургічно встановлено ІІІС стадію ендометріюїдної карциноми.

1. Які рекомендації щодо наступного лікуванню можна дати у цій ситуації?

**Еталон відповіді**

1. Можна рекомендувати поліхіміотерапію на основі таксолу та препаратів платини.

15.

Хвора М., 30 р., знаходиться на лікуванні в гінекологічному відділі міської лікарні з приводу виявленої у неї пухлини малого тазу  $D \approx 17$  см. Під час клінічного розбору зроблено висновок, що хвора підлягає діагностичній лапаротомії. Інтраопераційно у черевній порожнині асциту не виявлено. Під час видалення пухлини мав місце розрив її капсули. Висновок термінового гістологічного дослідження мікропрепарату: муцинозна пухлина лівого яєчника з низьким злжакісним потенціалом, правий яєчник має кісту  $D=6$  см, поверхня її гладка. Інших змін в організмі не виявлено.

1. Без якого принципу неможливе сучасне лікування такої патології, як у цьому випадку?

2. Яку безпеку несе описана інтраопераційна ситуація і що необхідно вжити при цьому?

**Еталони відповідей**

1. Сучасне лікування раку яєчників неможливе без виконання процедури хірургічного стадіювання.

2. Описана ситуація небезпечна високою ймовірністю імплантаційного метастазування. Необхідно виконати перитонеальні змиви відразу після лапаротомії з очеревини дугласового простору, латеральних каналів, поверхні великого сальника, печінки, нижньої поверхні діафрагми справа і зліва і наступне ци-

тологічне вивчення змивів. Далі слід планувати ад'ювантну хіміотерапію, у т.ч. внутрішньоочеревинну.

16.

Хвора П., 72 р., має рак яєчників Т3сN0M0 ст. ІІС G2 (серозна аденокарцинома). При повторній госпіталізації у спеціалізований відділ онкологічного диспансеру особливих скарг не виявляла. З анамнезу відомо, що 18 місяців тому отримала 6 циклів поліхіміотерапії за схемою СР (цисплатин – 75 мг/м<sup>2</sup>, циклофосфан -750 мг/м<sup>2</sup>). При бімануальному дослідженні справа у тазу визначається інфільтрат 3 см. Призначено додаткові дослідження. Зроблено пункцію інфільтрату через заднє склепіння. Висновок цитологічного дослідження препарату – рак. Спіральна КТ з довшим підсиленням контрастом не виявила інших ознак хвороби.

1. Яким повинен бути план лікування цієї пацієнтки?

Еталон відповіді

1. Хвора підлягає оперативному втручанню в об'ємі лапаротомії з циторедукцією, після чого – хіміотерапії цисплатином.

17.

У пацієнтки Н., 25 р., при цитологічному обстеженні шийки матки в жіночій консультації виявлено ІІІ-А тип мазка, а при кольпоскопії – дрібнососочкові розростання в ділянці зовнішнього вічка. Методом ДНК-діагностики встановлено наявність ДНК вірусу папіломи людини 11 типу.

1. З чим, із наведеного нижче, асоціюється вірус папіломи людини (HPV) типів 6 і 11?

А. Плоска кондилома.

В. Гострокінцева кондилома

С. Легка дисплазія шийки матки.

Д. Спонтанна регресія патологічних супутніх утворів у 30-50 % випадків.

Е. Цервікальна карцинома.

Еталон відповіді

1. Вірус папіломи людини типів 6 і 11 асоціюється з усім нижче наведеним, крім цервікальної карциноми.

18.

Хвора З., 35 р., яка не народжувала, хоче мати дитину, в анамнезі перенесла конусоподібну діатермоексцизію шийки матки з приводу ендocerвікального ураження. Гістологічне дослідження конусу виявило дисплазію високого ступеня, яка поширюється за межі конусу. Ендocerвікальний кюретаж показав наявність дисплазії.

1. Яка наступна діагностично-лікувальна тактика є оптимальною?

Еталон відповіді

1. Їй слід порадити зробити ще одну діатермоексцизію шийки матки з глибшим конусом.

19.

У пацієнтки Н., 35 р., з екзофітним пухлинним утвором із розпадом на шийці матки взято цитологічний мазок. Отримано відповідь CIN 2В тип, кров, нейтрофіли.

1. Яке з наступних тверджень стосовно цитологічного скринінгу раку шийки матки є неправильним:

А. Ектоцервікс та ендцервікс мають обстежуватися окремо.  
В. Ендцервікальна щіточка є найкращим серед усіх засобів обстеження ендцервіксу.

С. Мазок більше дозволяє не пропустити рак, ніж передракові стани.  
D. Помилки при зборі матеріалу трапляються частіше, ніж в лабораторії.

Е. Класифікація Bethesda рекомендує виключати HPV – асоційовані зміни без ознак дисплазії в групі «інтраепітеліальних сквамозних утворів».

**Еталон відповіді**

1. Мазок більше дозволяє не пропустити рак, ніж передракові стани.

20.

Хвора Г., 27 р., яка ніколи не вагітніла, бажає мати дитину, При обстеженні у жіночій консультації з'ясувалося, що пацієнтка має дисплазію шийки матки CIN 3, яка поширюється на ендцервікс на глибину 10 мм. Утвір поширюється на периферію шийки матки близько до шийко-вагінального з'єднання.

1. Яке оптимальне лікування слід застосувати у даному випадку?

**Еталон відповіді**

1. Слід застосувати комбіноване лазерне лікування – конічна ексцизія по центру і вапоризація по периферії.

## ПУХЛИНИ НИРКИ, СЕЧОВОГО МІХУРА, ПРОСТАТИ

1.

Пацієнт Р., 58 р., звернувся до уролога міської поліклініки зі скаргами на періодичну появу домішок крові у сечі. З анамнезу відомо, що вперше гематурію відзначив 2 роки тому (тоді тривала протягом 1 тижня), з приводу цього не лікувався. Остання гематурія була біля 2-х міс. тому; двічі відмічав відходження кров'яних згортків. При об'єктивному обстеженні – ознаки помірно вираженої анемії, інших змін не виявлено. Проведені додаткові дослідження. На УЗД наступна картина: у сечовому міхурі по задньо-боковій стінці візуалізується тканинне внутрішньопорожнинне розростання розмірами 4,6x2,6 см; після сечовипускання міхур містить 10 мл сечі. При цистоскопії уретра вільно прохідна, залишкової сечі – 10 мл; ємність міхура 250 мл, слизова блідо-рожева, вічка симетричні, щілиноподібні. Вище вічка лівого сечоводу візуалізовано дрібново-рсинчасте пухлиноподібне розростання до 2,5 см у діаметрі, на тонкій ніжці, а дещо нижче від нього – пухлина, до 0,5 см у діаметрі. Збільшених та пухлинно змінених лімфовузлів не виявлено. Рентгеноскопія ОГК встановила наступне: легені без видимих патологічних тіней. Корені структурні. Діафрагма рухома. Синуси вільні.

1. Встановіть клінічний діагноз?
2. Які процеси у сечовому міхурі належать до передракових?
3. Яке лікування показано цьому пацієнтові?

### Еталони відповідей

1. Рак сечового міхура cT1 cN0 cM0.
2. До передракових захворювань відносять доброякісні пухлини зокрема папілому.
3. Цьому пацієнтові показано хірургічне лікування в об'ємі трансуретральної резекції сечового міхура

2.

Пацієнт Ц., 62 р., звернувся до уролога міської поліклініки зі скаргами на періодичну появу домішок крові у сечі. З анамнезу відомо, що вперше зауважив це 2 роки тому. З приводу останньої не лікувався. 10 днів тому була остання гематурія. При об'єктивному обстеженні – ознаки помірно вираженої анемії, інших змін не виявлено. Проведені додаткові дослідження. На УЗД виявлено, що стінка сечового міхура гіпертрофована. На правій стінці над шийкою гіперехогенний утвір розмірами 5,2x4,5 мм; з ознаками кровоплину. Нижня частка правого сечоводу розширена до 15 мм. Права нирка: товщина паренхіми 11 мм. порожниста система розширена, ущільнена; чашечки – до 31 мм. миска – до 35 мм. Збільшених та пухлинно змінених заочеревинних лімфовузлів не виявлено. Рентгеноскопія ОГК: легені без видимих патологічних тіней. Корені структурні. Діафрагма рухома. Синуси вільні.

Пацієнту виконано оперативне лікування в об'ємі трансуретральної резекції сечового міхура. Під час цистоскопії виявлено, що уретра вільно прохідна, залишкової сечі у міхурі 20 мл, його ємність – 250 мл. Слизова міхура блідо-

рожева, вічка візуалізувати не вдалося. У шийці міхура з 15<sup>00</sup> до 21<sup>00</sup> умовного циферблату видно множинні дрібноворсинчасті пухлиноподібні інвазійні розростання, які займають усю площу трикутника міхура. Отримано висновок патогістологічного дослідження макропрепарату: уротеліальна карцинома, G<sub>1</sub> з поширенням на поверхневий м'яз, pT<sub>2a</sub>; дно резекційної рани – м'язова тканина з вогнищами уротеліальної карциноми, pT<sub>2</sub>.

1. Встановіть заключний діагноз?
2. Який фактор, що впливатиме на вибір методу подальшого лікування цього пацієнта, є найважливішим?
3. Яка тактика подальшого спеціального хірургічного лікування цього пацієнта ?

#### Еталони відповідей

1. Рак сечового міхура pT<sub>2am</sub> cN0 cM0 G<sub>1</sub>, ст. II, кл. гр. II. Правобічний уретерогідронефроз I ст. Гематурія. (Стор.485).
2. Найважливішим фактором, який впливає на вибір методу подальшого лікування цього пацієнта, є поширення на поверхневий м'яз
3. Хворому показана радикальна цистектомія з ортотопічним заміщенням сечового міхура.

#### 3.

Пацієнт О. 62 р., поступив в урологічний відділ онкологічного центру з метою дообстеження і визначення тактики подальшого лікування на уретральному катетері 3 анамнезу відомо, що у 2 місяці тому вперше відзначив гематурію. 2 тижні тому з приводу гострої затримки сечі у ЦРЛ встановлено постійний трансуретральний катетер, хворого і переведено в урологічний відділ обласної лікарні. Виконано екскреторну урографію, виявлено уретерогідронефроз зліва III ст; при цьому функція лівої нирки не визначається, функція правої нирки не порушена. Конкрементів у сечовивідних шляхах не виявлено. У сечовому міхурі дефект наповнення на лівій боковій стінці. цистоскопія не проводилась із-за профузної гематурії при спробі введення цистоскопа. Виконано ЯМР томографію. Виявлено:новоутвір сечового міхура з обструкцією лівого вічка; блок на рівні останнього, що спричиняє лівобічний уретерогідронефроз, мегауретер.

1. Який із методів додаткової діагностики, за умов гематурії і проведення консервативної гемостатичної терапії, можна використати для підтвердження пухлини у сечовому міхурі?

Після цього виконано трансуретральну біопсію сечового міхура, при цьому встановлено наступне: візуалізувати вічко лівого сечоводу не вдалося, праве – щілиноподібне. Ліва бокова стінка сечового міхура з переходом на шийку тотально уражена пухлинним інвазивним процесом. Зроблено біопсію на предмет поширення пухлини на м'язовий шар (дно резекційної рани). Висновок гістологічного дослідження: уротеліальна карцинома G<sub>3</sub> з плоскоклітинною метаплазією і ділянками інвазії у м'язовий шар.

2. Встановіть заключний діагноз.
3. Який план лікування можна запропонувати у цьому випадку?

#### Еталони відповідей

1. Можна використати цитологічне дослідження сечі. (ст. 484.)
2. Рак сечового міхура pT2 cN0 cM0 G3, ст. II, кл. гр. II.  
Лівобічний уретерогідронефроз III ст. Гематурія.
3. Можна запропонувати наступний план: хірургічне лікування в об'ємі радикальної цистектомії і лівобічної нефруретеректомії.

4.

Пацієнт К., 58 років, звернувся до уролога за місцем проживання. Скарги на періодичні домішки крові у сечі. З анамнезу відомо, що вперше гематурію відзначив півтора року тому. З приводу останньої не лікувався. Остання гематурія 7 днів тому. Після об'єктивного обстеження виконано УЗД, де встановлено наступне: стінка сечового міхура гіпертрофована, на лівій стінці гіперехогенні включення, правдоподібно папілома. Заочеревинно збільшених та пухлинно змінених лівфовузлів не виявлено. Хворий скерований в урологічне відділ онкоцентру. Зроблена рентгеноскопія ОГК – легені без видимих патологічних тіней, корені структурні, діафрагма рухома, синуси вільні. Потім хворому проведена трансуретральна резекція сечового міхура, при цьому виявлено наступне: уретра вільнопрохідна. Залишкової сечі – 10 мл. Ємність міхура 250 мл. Слизова блідо-рожева. Вічка розташовані симетрично, щілиноподібні. В шийці міхура на 13<sup>00</sup>|18<sup>00</sup>|21<sup>00</sup>|22<sup>00</sup>|23<sup>00</sup> умовного циферблату візуалізовано папілярні дрібноворсинчасті пухлиноподібні розростання розмірами  $\approx 1 \times 0,8$  см на тонкій ніжці. На задній стінці є пухлина розмірами  $\approx 0,3$  мм., а на правій боковій стінці вище вічка правого сечоводу утвор розмірами  $\approx 2,5 \times 3,0$  см. Висновок гістологічного дослідження макропрепарату: уротеліальна карцинома G2 pT1. У післяопераційному періоді 19.04.12 і 26.04.12 проведено інстиляції сечового міхура Doxolіc 25 мл.

1. Встановіть заключний діагноз.
2. Що є обов'язковим етапом під час виконання трансуретральної резекції?
3. Яка мета динамічного спостереження за хворим?

#### Еталони відповідей

1. Рак сечового міхура pT1m cN0 cM0 G2 ст. I, кл. гр. III.
2. Морфологічний контроль дна резекційної рани на предмет поширення на м'язовий шар. (ст. 483.)
3. Метою динамічного спостереження є раннє виявлення прогресування захворювання, оскільки існує високий ризик рецидиву за умов множинності пухлин.

5.

Пацієнтка С. 57 років, поступила в урологічний відділ онкоцентру зі скаргами: на наявність на періодичних домішок крові у сечі. З анамнезу відомо, що вперше ці явища зауважила приблизно 3 роки тому, проте тоді ніде не обстежувалася і не лікувалася. В урологічному відділі після клінічного обстеження виконана трансуретральна резекція сечового міхура. Інтраопераційно виявлено: ліве вічко не візуалізується, праве – щілиноподібне, є дві папілярні дріб-

новорсинчасті пухлини діаметром від 1,0 і 2,5 см, у ділянці вічка лівого сечоводу пухлина діаметром 2,5 см, пухлина на правій стінці діаметром  $\approx$ 1,0 см. У післяопераційному періоді проведено інстиляцію сечового міхура доксоліком у дозі 50 мг (25 мл.) з експозицією 1 год. Висновок гістологічного дослідження макропрепарату: уротеліальна карцинома без ознак інвазії у м'язовий шар pT1, G1 Після виписки зі стаціонару знаходиться на диспансерному обліку в уролога поліклініки. За даними контрольного УЗД у сечовому міхурі. візуалізуються численні гіперехогенні структури від 10 мм до 21 мм (поліпи?). Лікарем призначено і згодом проведено КТ. Висновок: КТ: інфільтративний рак лівої стінки шийки сечового міхура з поширенням на вічко та термінальний відділ лівого сечоводу.

1. Встановіть заключний діагноз цьому пацієнтові?
2. Якою повинна бути подальша лікувально-діагностична тактика стосовно цього пацієнта?

#### Еталони відповідей

1. Рак сечового міхура pT1m cN0 cM0 G1, ст. I, кл. гр. II.
2. Хворому показана повторна трансуретральна резекція сечового міхура в плановому порядку з морфологічним контролем дна резекційної рани на предмет поширення на м'язовий шар (ст. 483) і бімануальним дослідженням. (ст. 484)

6.

Пацієнтка Н. 72 р., поступила в урологічний відділ онкоцентру зі скаргами: на наявність домішок крові у сечі. З анамнезу відомо, що вперше зауважила 1 рік тому, з приводу цього ніде не лікувалася. Після останньої гематурії, яка трапилася 2 тижні тому, звернулася до уролога в поліклініку за місцем проживання. УЗД виявило на стінках сечового міхура множинні гетерогенні розростання, після чого її скерували в онкоцентр. Там виконано трансуретральну резекцію сечового міхура. На цистоскопії - тотальне ураження сечового міхура пухлинним процесом з поширенням на простатичний відділ уретри (візуально T2). Зроблено біопсію на предмет поширення пухлини на м'язовий шар у ділянці вічка лівого сечоводу (дно резекційної рани). Висновок гістологічного дослідження: папілярна перехідноклітинна карцинома G2, дно резекційної рани – папілярна перехідноклітинна карцинома G2. Після цього хворій у плановому порядку проведено радикальну цистектомію з ілеоцистопластиком за Штудером.

Висновок гістологічного дослідження макропрепарату: уротеліальна карцинома G3 з проростанням у тканину простати; тазові лімфовузли зліва – метастази в 1 з 4-х лімфовузлів; тазові лімфовузли справа – метастази в 1 з 6-и лімфовузлів.

1. Встановіть заключний діагноз.
2. Якою повинна бути подальша тактика спеціального лікування?

#### Еталони відповідей

1. Рак сечового міхура pT4a pN2 cM0 "G3" ст. IV, кл. гр. II



2. Курс телегамматерапії в післяопераційному періоді, курс паліативної хіміотерапії (ст.486, 486).

7.

Пацієнт Л., 68 р., звернувся до уролога поліклініки за місцем проживання зі скаргами на наявність домішок крові у сечі. З анамнезу відомо, що вперше зауважив їх 2 місяці тому. Призначено і зроблено УЗД, де виявлено у сечовому міхурі: на правій боковій стінці два поліпи з горбистим контуром  $D \approx 2$  см, а на лівій боковій стінці поліп  $D \approx 2,5$  см.

Даних за поширення пухлинного процесу на лімфовузли та інші органи немає. Хворого скеровано в онкоцентр. В урологічному відділі виконана трансуретральна резекція сечового міхура. При цистоскопії виявлено, що об'єм міхура 250 мл, залишкової сечі. 10мл; вічка щілиноподібні, симетричні. Виявлено на задньобоковій стінці справа дві пухлини  $D \approx$  півтора і 1,0 см., лівій і поліп на боковій стінці. Висновок гістологічного дослідження макропрепарату: папілярна перехідноклітинна карцинома G2, без ознак інвазії; дно резекційної рани – без ознак інвазії.

1. Встановіть заключний діагноз.
2. Які завдання стоять перед патоморфологом після трансуретральна резекції сечового міхура ?
3. Що передбачає подальша тактика спеціального лікування такого пацієнта з метою запобігання прогресування захворювання?

#### Еталони відповідей

1. Рак сечового міхура pT1m cN0 cM0 G2? ст. I кл. гр. III/
2. Патоморфолог повинен з'ясувати гістологічний вид пухлини, глибину інвазії (категорія pT) і ступінь диференціації G (ст. 484).
3. Тактика лікування передбачає проведення внутрішньоміхурових інстиляцій хіміо – і імунпрепаратів (ст.485).

8.

Пацієнт М., 70 р., поступив в урологічний відділ онкоцентру за скеруванням онколога поліклініки для хірургічного лікування. З анамнезу відомо, що 5 років тому вперше відзначив гематурію, з приводу останньої амбулаторно отримував гемостатичну та замісну терапію. Півроку тому в Національному інституті раку виконано цистоскопію з біопсією, висновок морфологічного дослідження: папілярна перехідноклітинна карцинома. Рекомендовано і проведено 3 курси неoad'ювантною хіміотерапії за місцем проживання (гемзар+цисплатин). Після повного клінічного і додаткового обстеження в онкоцентрі зроблено трансуретральну резекцію сечового міхура. Висновок гістологічного дослідження макропрепарату: уротеліальна карцинома G2, pT2. Даних за поширення пухлинного процесу на лімфовузли немає.

1. Встановіть заключний діагноз.
2. Якою буде подальша тактика спеціального лікування, якщо від радикальної цистектомії пацієнт відмовиться?

#### Еталони відповідей

1. Рак сечового міхура pT2 cN0 cM0 G2 ст. II, кл. гр. II.
2. У такому випадку можна застосувати курс паліативної променевої терапії (ст. 485).

9.

Пацієнт П. 63 р., поступив в урологічний відділ онкоцентру за скеруванням онколога поліклініки для хірургічного лікування. З анамнезу відомо, що півтора роки тому вперше відзначив гематурію, а протягом останніх 2-х тижнів скаржився на часте та нічне сечовипускання малими 5-6 разів за ніч а також болі у попереку з приводу чого лікувався в уролога за місцем проживання. За даними УЗД у пацієнта розширення чашко-мискової системи лівої нирки і множинні пухлини на стінках сечового міхура. В онкоцентрі після повного клінічного і додаткового обстеження зроблено КТ органів черевної порожнини і заочеревинного простору. На комп'ютерній томографії виявлено множинні гетерогенні розростання на стінках сечового міхура з інфільтрацією сім'яних міхурців, лівобічний уретерогідронефроз. Даних за поширення пухлинного процесу на лімфовузли і інші органи немає. Потім виконано цистоскопію з біопсією. Висновок гістологічного дослідження біоптату: перехідноклітинна карцинома G2, з проростанням у м'язовий шар.

1. З якою метою проводиться бімануальне дослідження?
2. Встановіть заключний основний діагноз за умови, якщо після описаного вище пацієнтові зроблено радикальну цистектомія, а висновок гістологічного дослідження макропрепарату був наступним: уротеліальна карцинома pT2, G2, сім'яні міхурці без особливостей?

**Еталони відповідей**

1. Бімануальне дослідження проводиться після трансуретральної біопсії сечового міхура для оцінки стадії процесу (поширення за межі сечового міхура, фіксації до стінок тазу).
2. Рак сечового міхура pT2 cN0 cM0 G2, ст. II, кл. гр. II.

10.

Пацієнт С., 77 р., звернувся до уролога поліклініки за місцем проживання зі скаргами на періодичну наявність домішок крові у сечі. З анамнезу відомо, що вперше відзначив гематурію півроку тому, однак з цього приводу за медичною допомогою не звертався. 2 місяці тому з'явилися болі у правому кульшовому суглобі, під лопаткою справа і попереку; які тамував анальгетиками. Урологом призначено УЗД нирок і сечовивідних шляхів. На УЗД виявлено у сечовому міхурі: по задньо-правій боковій стінці «плюс» тканину розмірами 3,9x2,1 см., а по лівій боковій стінці аналогічний утвір розмірами  $\approx 1,3x1,0$  см. Також були окремі пристінкові поодинокі включення від 6,5 до 11 мм. Хворий скерований в урологічне відділ онкоцентру. Після об'єктивного обстеження хворому призначено остеосцинтиграфію, під час якої виявлено множинні вогнища гіперфіксації радіофармпрепарату (РФП) у кістках черепа, грудині, ключицях, ребрах, плечових кістках, усіх відділах хребта, кістках тазу, верхній третині стегнових кісток. Після цього виконано цистоскопію. Візуалізувати вічка

сечоводів не вдалося із-за множинних, імовірно, інвазивних пухлин сечового міхура у ділянці шийки. Взято біопсію. Висновок гістологічного дослідження біоптату: уротеліальна карцинома G2.

1. Встановити заключний основний діагноз?
2. Який алгоритм додаткових діагностичних заходів при гематурії ?

**Еталони відповідей**

1. Рак сечового міхура cT2 cN0 cM1 G2, ст. IV, кл. гр. IV.
2. Наявність гематурії є показом до цистоскопії у випадку неінформативності даних УЗД щодо пухлинного процесу у сечового міхура. Якщо ж за даними УЗД пухлинний процес у сечового міхура не викликає сумніву, пацієнту показано виконання трансуретральної резекції сечового міхура.

11.

Пацієнт П. 65 р., проходить у поліклініці за місцем проживання обстеження з приводу гіпертонічної хвороби. При опитуванні встановлено, що під час сечовипускання періодично зауважував домішки крові у сечі, на які не звертав особливої уваги. При об'єктивному обстеженні загальний стан пацієнта розцінений як задовільний. Виконано УЗД, де виявлено пухлину нижнього полюса правої нирки, гідронефротична трансформація контралатеральної нирки. Сповідлення функції лівої нирки. Даних за поширення пухлинного процесу на інші органи і анатомічні структури не виявлено.

1. Встановіть клінічний діагноз?
2. Яка тактика подальшого лікування щодо цього пацієнта ?

**Еталони відповідей**

1. Пухлина правої нирки cT2 cN0 cM0, ст. II, кл. гр. II. Лівобічний гідронефроз I ст.
2. У зв'язку з порушенням функції контралатеральної нирки пацієнту показана резекція (парціальна) правої нирки.

12.

У пацієнта К., 67 р., під час обстеження у кардіолога поліклініки випадково виявлено на УЗД виявлено пухлину лівої нирки, з приводу чого скеровано в онкоцентр, де, крім повного клінічного обстеження, додатково проведено КТ. За її даними по передній поверхні верхнього сегменту лівої нирки визначається тканинний утвір до 40 мм у поперечнику, який містить зони кальцифікації, компресує чашечки верхнього сегменту, також візуалізується низка збільшених лімфовузлів. Консультований завідувачем урологічного відділу, від запропонованого хірургічного лікування відмовився.

1. Яке місце у структурі онкологічних захворювань займають пухлини нирок?
2. Як чином класифікуються усі пухлини нирок?
3. Де найчастіше локалізуються лімфогенні метастази злоякісних пухлин нирок?.

**Еталони відповідей**

1. У структурі онкологічних захворювань пухлини нирок займають близько 2-3%.

2. Усі пухлини нирок поділяються на пухлини ниркової паренхіми і пухлини ниркової миски, а також на доброякісні і злоякісні.

3. Лімфогенні метастази найчастіше локалізуються в паракавальних та парааортальних лімфовузлах (ст. 467).

### 13.

Пацієнт М., 60 р., звернувся до уролога поліклініки зі скаргами на виражену загальну слабкість і домішки крові у сечі. З анамнезу відомо, що вперше гематурію відзначив півтора року тому, однак нікуди не звертався. За мед допомогою звернувся тільки після останньої гематурії. При об'єктивному обстеженні звертає на себе увагу варикозне розширення вен нижньої правої кінцівки і ознаки варикоцеле справа. Призначено і зроблено УЗД, де виявлено пухлину правої нирки. Хворого скеровано в онкоцентр. В урологічному відділі проведено КТ нирок і сечовивідних шляхів. Висновок КТ: пухлина правої нирки розмірами 14,6x11,2x16,7 см з пухлинним тромбом у дистальній частині *v. renalis dextra* та у *v. cava inferior* до місця впадіння *v. hepatica*, що заповнюючи просвіт останньої на  $\frac{3}{4}$ . Крім цього, ознаки лімфаденопатії вузлів воріт нирки та парааортальних лімфовузлів, конкрементів у сечовивідних шляхах не виявлено, даних за поширення пухлинного процесу на легені не виявлено.

1. Установіть клінічний діагноз.

2. Обґрунтуйте механізм виникнення варикоцеле?

3. Який об'єм операційного втручання слід планувати цьому хворому?

#### Еталони відповідей

1. Рак правої нирки pT3b pN0 cM0 G4, ст. III, кл. гр. III.

2. Оскільки права яечкова вена впадає у *v. cava inferior*, то порушення току крові по останній, внаслідок прогресування пухлинного процесу (тромбування) супроводжуються розвитком варикоцеле.

3. Показана радикальна правобічна нефректомія, венокаватомія, тромбектомія, розширена лімфаденектомія.

### 14.

У пацієнтки Т., 60 р., при обстеженні з приводу калькульозного холециститу на УЗД виявлено, що у паренхімі правої нирки, розміри якої 13,2x7,8 см, гіперехогенне включення з нерівним контуром розмірами 7,1x7,8 см, яке деформує чашково-мискову систему і контур нирки і має ділянки анехогенності; *v. cava inferior* D  $\approx$  1,8-2,0 см, прохідна, додаткових утворів (метатромб) а також збільшених лімфатичних вузлів у черевній порожнині візуалізувати не вдалося. В урологічному відділі обласної лікарні, куди скерували хвору, проведено КТ і виявлено у середній третині правої нирки об'ємний утвір розмірами 78,0x78,7x72,9 мм, гетерогенної структури, за рахунок наявних ділянок некрозу. Рентгенологічних даних щодо поширення пухлинного процесу на інші органи і анатомічні структури не виявлено. Також виконана екскреторна урографія. Після цього виконана наступна операція: радикальна правобічна нефректомія, роз-

ширена лімфаденектомія, холецистектомія. Висновок гістологічного дослідження макропрепарату: світлоклітинний (гіпернефроїдний) рак нирки, G1, pT1, у лімфатичних вузлах (8шт.) – синусовий гістіоцитоз, хронічний калькульозний холецистит.

1. Встановіть заключний основний діагноз?
2. З якою метою при проведенні комп'ютерної томографії (коли відомо локалізацію і розміри пухлини) хворій виконувалася екскреторна урографія.
3. Чому пацієнтці виконано саме таке операційне втручання, а не органозберігальна операція?

#### Еталони відповідей

1. Рак правої нирки pT1 pN0 cT2 G1, ст. I, кл. гр. III.
2. Екскреторна урографія проводиться з метою визначення функція і прохідності сечовивідних шляхів і контралатеральної (в даному випадку лівої) нирки.
3. Тому, що при локалізації пухлини таких розмірів у середній третині правої нирки пацієнтці показана радикальна правобічна нефректомія.

#### 15.

Хвора М., 64 р., на момент шпиталізації в урологічний відділ онкоцентру має скарги: на болі у лівій поперековій ділянці і домішки крові у сечі. З анамнезу відомо, що вперше гематурію відмітила 2 тижні тому. З приводу останньої в поліклініці за місцем проживання проведено УЗД і виявлено пухлину лівої нирки. При об'єктивному обстеженні загальний стан пацієнтки без особливостей. На КТ у нижньому сегменті лівої нирки визначається гетерогенний утвір розмірами 8x52 мм, що містить гіподенсивну ділянку некрозу, поширюється у миску лівої нирки, проростаючи її та поширюється за межі капсули лівої нирки у паранефральний простір. Виконана екскреторна урографія: чашково-мискова система обох нирок не розширена; екскреторна функція збережена, конкрементів у сечовивідних шляхах не виявлено. Надниркові залози звичайної форми та розмірів. Парааортально зліва прослідковуються група лімфовузлів розмірами 8-10 мм. Рентгенологічних даних щодо поширення пухлинного процесу на інші органи і анатомічні структури немає. У хворому виконана радикальна лівобічна нефректомія, розширена лімфаденектомія. Висновок гістологічного дослідження макропрепарату: світлоклітинний (нирковоклітинний) рак нирки, G2 з поширенням на ниркову миску, у лімфатичних вузлах (22) – синусовий гістіоцитоз та гіаліноз.

1. Що на вашу думку могло бути причиною больового синдрому у хворої?
2. Встановіть заключний основний діагноз?
3. Які ви знаєте морфологічні форми злоякісних новоутворів паренхіми нирки?

#### Еталони відповідей

1. Причиною больового синдрому є проростання паранефральної клітковини і розтягнення фіброзної капсули нирки (ст. 470).
2. Рак ліва нирка pT2a pN0 cM0 G2, ст. II кл., гр. III.

3. До злякисних новотворів паренхіми нирки належать: аденокарцинома, саркома, змішана пухлина Вільмса.

16.

Хворий Г., 73 р., шпиталізований в урологічний відділ лікарні швидкої медичної допомоги в ургентному порядку з скаргами на розпираючі болі над лоном, неможливість самостійного сечовипускання протягом останніх 12 годин. З анамнезу відомо, що знаходився на спостереженні у лікаря-уролога поліклініки з приводу доброякісної гіперплазії простати. При поступленні виконано УЗД сечовивідних шляхів: передміхурова залоза –об'єм -27см<sup>3</sup>, неоднорідної структури, з численними гіперехогенними включеннями до 13 мм, у лівій частці гіперехогенний вузол до 15 мм. (PSA не визначалося). Встановлено уретральний катетер (залишкової сечі ≈ 570мл). Під контролем УЗ виконана пункційна біопсія простати. Висновок гістологічного дослідження біоптату: низькодиференційована аденокарцинома простати, сума за Gleason - 7. Рентгенографія ОГК і кісток тазу – метастазів не виявлено. Для подальшого лікування переведений в урологічний відділ онкоцентру. Після об'єктивного обстеження призначена і виконана остеосцинтиграфія, де виявлено вогнища гіперфіксації ізотопу у тілі грудини, окремих ребрах, крижово-клубовому з'єднанні, гребені клубової кістки.

1. Встановіть клінічний діагноз
2. Ваша лікувальна тактика?
3. Як пояснити переваги остеосцинтиграфії над рентгенографією кісток тазу у виявленні метастазів в кістці?

#### Еталони відповідей

1. Рак простати T2a Nx M1b G3, ст. IV, кл. гр. II.
2. Хворому показана кастрація (хірургічна, медикаментозна) (ст. 501).
3. При цьому методі визначаються вогнища гіперфіксації радіоактивного ізотопу у кістковій тканині, і ці зміни випереджають відповідну рентгенологічну семіотику (ст. 500).

17.

Хворий М., 73 р., з клінікою гострої затримки сечі ушпиталений в урологічний відділ онкоцентру. В анамнезі хворий перебуває на обліку в онколога поліклініки протягом 2-х років з приводу раку простати cT3b cN0 cM0, ст. III, кл. гр. II, сума за Gleason 6, морфологічно - ацинарна аденокарцинома. З метою максимальної андрогенної блокади по узгодженню з пацієнтом призначено наступні препарати: калумід по 50 мг. (1т.) 1 раз щоденно і золадекс по 3,6 мг підшкірно 6 ін'єкцій. Контроль PSA здійснював що 3 місяці. Хворому встановлено уретральний катетер,

1. Яка ваша подальша лікувальна тактика?
2. Які ви знаєте гістологічні форми раку передміхурової залози?
3. Який існує спеціальний маркер раку передміхурової залози, підвищений рівень якого у сироватці крові свідчить про поширеність процесу на кістки?

#### Еталони відповідей

1. Хворому показана трансуретральна резекція-простати.
2. Розрізняють такі гістологічні форми раку простати:
  - 1) Аденокарцинома (тубулярна (світлоклітинна, темноклітинна); слизовуваторна; перснеподібноклітинний рак; криброформна.
  - 2) Перехідноклітинний рак;
  - 3) Плоскоклітинний рак;
  - 4) Недиференційований рак;
  - 5) Некласифікований рак.
3. Цим спеціальним маркером є лужна фосфатаза - підвищення рівня якої є показом до проведення остеосцинтиграфії навіть у випадку відсутності клініки кісткових метастазів.

18.

Хворий О., 58 р., звернувся у поліклініку онкоцентру зі скаргами на прискорення сечовипускання, у тому числі вночі (до 2 раз). З анамнезу відомо, що все це відзначає протягом 4 місяців. При об'єктивному обстеженні загальний стан пацієнта без особливостей. Status localis: per rectum: простата побільшена у 3-3,5 рази, щільної консистенції, горбиста, асиметрична, фіксована до м'язів тазу. Слизова прямої кишки над простатою рухома. На УЗД виявлено наступне: простата: неоднорідна через гіперехогенні включення. Рівень PSA - 36,5 нг/мл. Під контролем УЗ зроблено біопсію простати. Висновок гістологічного дослідження біоптату: ацинарна аденокарцинома, сума за Gleason 6.

1. Який наступний додатковий метод дослідження доцільно застосувати?
2. Яка ваша лікувальна тактика?
3. Яка з гістологічних форм раку простати прогностично більш сприятлива?

#### Еталони відповідей

1. Остеосцинтиграфія, так як підвищення рівня PSA > 25 нг/мл може свідчити про наявність кісткових метастазів.
2. Хворому показана кастрація (хірургічна, медикаментозна).
3. Тубулярна аденокарцинома характеризується сприятливішим перебігом (ст. 501).

19.

Хворий Г., 69 р., у відносно задовільному стані ушпиталений в урологічне відділ онкоцентру. З анамнезу відомо, що знаходився на спостереженні у лікаря-уролога поліклініки протягом 1 року з приводу доброякісної гіперплазії простати. Останній рівень PSA 40,0 нг/мл. В урологічному відділі після об'єктивного і додаткових досліджень діагностовано рак простати (морфологічно – аденокарцинома).. Рентгеноскопічно метастазів у легені не виявлено, при остеосцинтиграфії метастазів у кістки не виявлено. Пацієнтові виконана радикальна простатектомія. Висновок гістологічного дослідження макропрепарату: ацинарна аденокарцинома простати на фоні нодулярної гіперплазії, сума за

Gleason - 5. Пухлина інфільтрує сім'яні міхурці, у цих ділянках сума за Gleason - 7.

1. Який із факторів ризику раку простати підтверджено як клінічно, так і експериментально?
2. Які з гістологічних форм раку простати прогностично менш сприятливі і чому?
3. Яка буде подальша лікувальна тактика щодо цього хворого, якщо після операції встановлено N1?

#### Еталони відповідей

1. У хворих на рак простати зафіксовано клінічно і експериментально підвищення вмісту андрогенів.
2. Слизоутворна та криброформна аденокарциноми прогностично менш сприятливі (швидко дають метастази).
3. Хворому показана кастрація та естрогенотерапія. Як варіант, можлива променева терапія.

20.

Хворий М., 58 р., поступив для обстеження і лікування в урологічному відділі ЦРЛ зі скаргами на прискорення сечовипускання, у тому числі вночі (до 3 раз), а також закрепи. З медичної документації відомо, що там же 3 місяці тому під час трансректального УЗД виявлено, що простата розмірами 2,82x4,15x3,3 см, пухлинно змінена, у пухлинний процес залучені периферична та перехідна зони, ознаки інвазії сім'яних міхурців. Рівень PSA, який визначали після трансректального дослідження, (зі слів пацієнта) – 0,4 нг/мл. Під час дослідження *per rectum* простата асиметрична, зокрема права частка щільна горбиста, фіксована (процес правдоподібно виходить за межі простати) до стінки тазу. Слизова прямої кишки над окремими ділянками простати нерухома. Зроблено біопсію простати під контролем УЗ. Висновок гістологічного дослідження біоптату: ацинарна аденокарцинома, сума за Gleason – 7. Рентгеноскопія ОГК виявила патологічні тіні кулястої форми, слабо інтенсивні. Після скерування хворому виконана КТ, на якій, крім самої пухлини, виявлено інфільтрат по правій боковій стінці тазу з деструкцією правої сідничної кістки та інфільтрацією правого сім'яного міхурця, правого сечоводу; охоплює клубові судини.

1. Коли методично правильно слід проводити визначення рівня PSA у хворого і яка у зв'язку з цим допущена помилка ?
2. Встановіть клінічний діагноз.
3. Подальша лікувальна тактика?

#### Еталони відповідей

1. Визначення рівня PSA слід проводити до пальцево-ректального дослідження, а в даному випадку це було виконано після цього.
2. Рак простати cT4 cN1 cM1 сума за Gleason 7, ст. IV, кл. гр. II.
3. Хворому показана хірургічна кастрація (ст. 501).



## САРКОМИ М'ЯКИХ ТКАНИН І КІСТОК

1.

Задача стосується 21 річного студента політехніки, який звернувся до поліклінічного хірурга зі скаргами на ниючу біль в ділянці лівого колінного суглоба протягом останніх трьох місяців. В анамнезі травму не відзначає. Інтенсивність болю не зростає, але стала турбувати під час сну. При клінічному обстеженні патологічних змін з боку шкіри, м'яких тканин лівої нижньої кінцівки, пахових та інших периферичних лімфатичних вузлів не виявлено. Обсяг лівої нижньої кінцівки в нижній третині стегна на 1 см більший за ліву. Функція лівого колінного суглоба не порушена. Лабораторно з боку загальних аналізів крові та сечі патологічних змін не виявлено.

1. Яка з перерахованих нижче ознак повинна викликати занепокоєння лікаря і стати підставою для призначення рентгенографії кісток?

А. Тривалість болю протягом трьох місяців.

Б. Афункціональна біль.

В. Збільшення обсягу нижньої кінцівки.

2. Цьому ж пацієнтові проведено рентгенографію стегнових кісток та колінних суглобів у двох проекціях. У нижній третині лівого стегна виявлено безструктурний остеосклероз до 4 см у діаметрі без ознак деструкції і реакції з боку окістя. Ваші подальші рекомендації?

Г. Спостереження.

Д. Сцинтиграфія кісток технецієм.

Е. Аспіраційна тонкоіголова біопсія склеротично зміненої ділянки лівого стегна.

Є. Трепанобіопсія склеротично зміненої ділянки лівого стегна.

Ж. Відкрита біопсія кістки.

**Еталони відповідей**

1. Збільшення обсягу нижньої кінцівки.

2. Трепанобіопсія склеротично зміненої ділянки лівого стегна.

2.

На фоні температури до 38,5° С, лейкоцитозу до  $9 \cdot 10^9$ /л, ШОЕ=35 мм/год. у хлопчика 9 років у діафізі правої плечової кістки виявлено розширення і деформацію кісткомозкового каналу з дрібновогнищевим руйнуванням губчастої речовини кістки, не виключено наявність невеликого секвестру. Окістя метафізу плечової кістки розшаровано на декілька тонких пластинок без спікулоподібних змін.

1. Який із нижче наведених попередніх діагнозів найбільш імовірний у цій ситуації?

А. Гострий остеомієліт.

Б. Діафізарна форма туберкульозу.

В. Остеосаркома.

Г. Саркома Юінга.

2. Який із наведених додаткових діагностичних заходів необхідно застосувати у першу чергу?

- А. Аспіраційна тонкоіглова біопсія плечової кістки.
- Б. Трепанобіопсія плечової кістки
- В. Відкрита біопсія плечової кістки.

**Еталони відповідей**

- 1. Саркома Юїнга.
- 2. Трепанобіопсія плечової кістки

3.

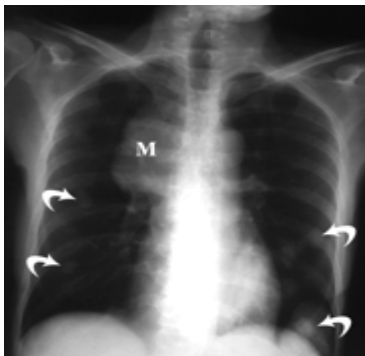
У 35-ти річної жінки на підставі рентгенографії і наступної трепанобіопсії пухлини діагностовано остеолітичну форму остеосаркоми нижньої третини лівої стегнової кістки величиною 5х6 см (T1), низького ступеня диференціації (G3). Рентгенологічно і за даними КТ метастазів саркоми у легені не виявлено (M0). Сонографічно ознак пухлинної патології з боку органів черевної порожнини не відзначено. У лівій паховій ділянці нижче пупартової зв'язки пальпується рухомий лімфатичний вузол до 2 см у діаметрі. Проведено пункційно-аспіраційну біопсію цього вузла і отримано дані за наявність метастазу остеогенної саркоми (N1).

1. Проведіть групування зазначених параметрів і встановіть стадію хвороби.

**Еталон відповіді**

- 1. T1 N1 M0 G3, ст. IVA.

4.



У хворого Н., 37 р., проведено рентгенографію органів грудної клітки, результати якої представлено на рисунку. Пацієнт скаржиться на сухий кашель. З анамнезу відомо, що 4 роки тому він переніс хірургічне втручання з приводу синовіальної саркоми нижньої третини правого стегна. Об'єктивно: загальний стан хворого задовільний – індекс Карновського – 80 % Даних за локальний рецидив пухлини немає. Сонографічно патологічних змін з боку органів черевної порожнини не виявлено. Бронхоскопічно патологічних змін з боку трахеобронхіального дерева не визначається. Показники зовнішнього дихання у межах норми. Відхилень з боку лабораторних показників також не виявлено.

1. Виберіть оптимальну тактику лікування із наведених нижче.

А. Хіміотерапія за схемою CYVADIC ( циклофосфан, вінбластин, адриаміцин, дакарбазин )

Б. Правобічна торакотомія - видалення утвору (М) в ділянці кореня правої легені, локальне видалення метастазів в правій та лівій легенях + ад'ювантна хіміотерапія.

В. Первинна індукційна хіміотерапія – оцінка результатів лікування і в разі наявності резидуального процесу локальне видалення метастазів.

Г. Первинна індукційна хіміотерапія – оцінка результатів лікування і в разі наявності резидуального процесу локальна променева терапія.

#### Еталон відповіді

1. Хіміотерапія за схемою CYVADIC ( циклофосфан, вінбластин, адриаміцин, дакарбазин )



5.

У чоловіка 25 років із-за пухлинного утвору у нижній третині лівого стегна проведено рентгенографію, результати якої представлено на рисунку. На підставі біопсії встановлено наявність остеогенної саркоми. Даних за віддалені метастази не виявлено. Хворий повністю компенсований.

1. Виберіть оптимальну тактику лікування хворого із наведених нижче.

А. Ампутація кінцівки.

Б. Ампутація кінцівки + ад'ювантна хіміотерапія

В. Променева терапія + ампутація кінцівки.

Г. Первинна індукційна хіміотерапія – ампутація кінцівки – ад'ювантна хіміотерапія.

#### Еталон відповіді

1. Первинна індукційна хіміотерапія – ампутація кінцівки – ад'ювантна хіміотерапія.

6.

На які патологічні процеси, з числа наведених нижче, вказують ось такі зміни з боку періосту, що представлені на рисунку?



А. Остеомієліт.

Б. Післятравматичні зміни.

В. Метастази злоякісних пухлин

Г. Злоякісні пухлини кістки

## Еталон відповіді

### Злоякісні пухлини кістки



7.

У чоловіка 30 років в ділянці нижньої третини стегна та підколінної ямки виявлено патологічний утвір щільної консистенції, обмежено рухомий, який не супроводжується больовим синдромом і суттєво не впливає на функцію колінного суглоба. При об'єктивному обстеженні периферичні лімфовузли не пальпуються.

1. Який обсяг додаткових діагностичних заходів необхідно провести у цьому випадку?
2. З якою патологією слід проводити диференційну діагностику сарком м'яких тканин?
3. Що, як правило, є надійним способом диференційної діагностики пухлин м'яких тканин?

### Еталони відповідей

1. Рентгенологічне дослідження органів грудної клітки і ураженого саркомою органу (оглядова рентгенографія і КТ).сканування кісток, морфологічна верифікація процесу (найкраще, трепанобіопсія).
2. Диференціацію слід проводити з доброякісними пухлинами, запальними процесами різного генезу.
3. Єдиним надійним способом діагностики сарком м'яких тканин є морфологічна верифікація.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Алгоритмы современной онкологии / Под редакцией И. Б. Щепотина, Г. В. Бондаря, В. Л. Ганула. – К.: Книга плюс, 2006. – 304 с.
2. Бережная Н. М., Чехун В. Ф. Иммунология злокачественного роста. Київ: Наукова думка. – 2005. – 792 с.
3. Бондар Г. В., Попович О. Ю., Думанський Ю. В., Яковець Ю. І. Лекції з клінічної онкології. Том 1-2. – Донецьк, 2006-7. – 442 с.
4. Бондарь Г. В., Яремчук А. Я., Диденко И. К. и др. Справочник онколога: Учебн. Пособие – М.: МЕДпресс-информ, 2003. – 400 с.
5. Бохман Я. В. Руководство по онкогинекологии. Ленинград, Медицина, 1989, 462 с.
6. Вибрані лекції з клінічної онкології. / За ред. проф. Г. В. Бондаря і С. В. Антіпової – Луганськ : ВАТ «Луганська обласна друкарня». – 2009. – 559 с.
7. Винокуров В. П. Рак яичников: закономерности метастазирования и выбор адекватного лечения больных. СПб:Изд-во ФОЛИАНТ. – 2004. – 336 с.
8. Ганул В. Л., Киркилевский С. И. Рак пищевода. Руководство для онкологов и хирургов. – К.: Книга плюс, 2003. – 199 с.
9. Ганцев Ш. Х., Хустнугдинов Ш. М. Патология и морфологическая характеристика опухолевого роста: учебное пособие. – Москва: ООО "Медицинское информационное агентство", 2003. – 208 с.
10. Гринберг А. А. Неотложная абдоминальная хирургия. Москва, Триада-Х, 2000, 493 с.
11. Давыдов М. И., Ганцев Ш. Х. Онкология. ГЭОТОР-Медия, 2013. – 920 с.
12. Диагностика и лечение злокачественных новообразований / Под. ред. В. И. Чиссова. – М., 2013. – 599 с.
13. Золтан Я. Реконструкция женской молочной железы. Будапешт, Издательство академии наук Венгрии, 1989, 237 с.
14. Клиффорд Р. Уилисс. Атлас тазовой хирургии. – Москва. Медицинская литература, 1999, 527 с.
15. Комбіноване лікування хворих на рак ободової кишки. Шалімов С. О., Євтушенко О. І., Мясоедов Д. В., Приймак В. В. – К.: Четверта хвиля, 2006. – 168 с.
16. Матвеев Б. П., Бухаркин Б. В., Матвеев В. Б. Рак предстательной железы. М.: Медицина. 1999. – 287с.
17. Минимальные клинические рекомендации Европейского общества медицинской онкологии ( ESMO ). / Ред. Русск. перевода С. А. Тюлядин, Н. И. Переводчикова, Д. А. Носов; Москва: Издат. группа РОНЦ им. Н. Н. Блохина РАМН. – 2004;2007. – 112 с.
18. Молочная железа: рак и предраковые заболевания / под ред. В. И Тарутинова. Киев. – 2006. – 416 с
19. Олійніченко Г. П., Войтко О. В. Стандарти діагностики та лікування хворих на злоякісні новоутворення основних локалізацій. – К. – 2003. – 72с.
20. Онкогинекология: Руководство для врачей. / под ред. З. Ш. Гилятудиновой, М. К. Михайлова. М.: МЭДпресс. – 2000. – 384 с.

21. Онкогінекологія: Класифікація TNM. Клінічні рекомендації. Режими медикаментозної терапії / Упорядники: Я. В. Шпарик, О. О. Олексяк, М. І. Ломницька. Львів: Галицька видавнича спілка. – 2005. – 80 с.
22. Онкологія. / За редакцією І. Б. Щепотіна. – К.: Книга плюс. 2006. – 489с
23. Онкологія: навчальний посібник / За ред. І. Б. Щепотіна. – К.: МОРІОН, 2014. – 383 с.
24. Онкологія: Підручник. - 3-тє видання, перероб. і доп. / За ред.. проф.. Б. Т. Білінського - К.: Здоров'я, 2004, 2007 – 532 с.; іл..
25. Паліативна допомога: Онкологія: посібник для викладачів /пер із англ. В. Ізотова. – К.: Калита, 2013. – 875 с.
26. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. Москва, Медицина, 1983, 416 с.
27. Переверзев А. С. Этюды клинической онкоурологии. Харьков, 2006. – 347с.
28. Переводчикова Н. Н. Руководство по химиотерапии опухолевых заболеваний. Москва, Медицина, 2015. – 697 с.
29. Петерсон Б. Е., Чиссов В. И., Пачес А. И. Атлас онкологических операций. – Москва, Медицина, 1995, 533 с.
30. Петровский Б. В. Хирургическая гепатология. Москва, Медицина, 1972, 349 с.
31. Поляков З. Е., Алексеевский Ю. Г., Даобуль С. А. Болезнь Ходжкина (лимфофануломатоз) у детей. М.: МИРТ. – 1993. – 328 с.
32. Практическая онкология: Избранные лекции // Под ред. С. А. Тюляндина и В. М. Моисеенко. СПб: Центр-ТОММ. – 2004. – 784 с.
33. Радионуклидная диагностика. Под редакцией Милько В. И., Матвиенко Е. Г., Киев, Здоров'я, 1991, 158 с.
34. Рак в Україні, 2012-2016: захворюваність, смертність, показники діяльності онкологічної служби // Бюлетень національного канцер-реєстру України. 2016. – 97 с. ( а також послідуочі №№ Бюлетеня )
35. Ричард М. Стиллман. Хирургия. Санкт-Петербург, ОГРНИЗдательство СП б МАПО, 1995, 443 с.
36. Русакевич П. С. Заболевания шейки матки: симптоматика, диагностика, лечение/ Справочное пособие. Мн.:выш. Шк. – 2000. – 368 с.
37. Сигал М. З., Ахметзянов Ф. Ш. Гастрэктомия и резекция желудка по поводу рака. Издательство Казанского университета, 1987, 271 с.
38. Стандарти діагностики і лікування онкологічних хворих / Наказ МОЗ України від 17. 09. 2007 № 554. – 199 с.
39. Трахтенберг А. Х., Чиссов В. И. Клиническая онкопульмонология. ГЕТАР, Москва, Медицина, 2000, 599 с.
40. Фільченков А. А., Стойка Р. С. Апоптоз і рак: від теорії до практики Тернопіль: ТДМУ. – 2006. – 524 с.
41. Чиссов В. И., Александрова Л. М., Давыдов М. И. Онкология. ГЭОТОР-Медия, 2014. – 1072 с.
42. Шалимов С. А. Справочник по онкологии / С. А. Шалимов, Ю. А. Гриневич, Д. В. Мясоедов. — Киев : Здоров'я, 2008. – 575 с.
43. Шпарик Я. В., Ковальчук І. В., Білінський Б. Т. Довідник онколога, Львів, 2000, 107 с.

44. Щепотін І. Б. Онкологія. – Київ: Книга плюс. – 2006. – 496 с.
45. Яицкий Н. А., Седов В. М., Васильев С. В. Опухоли толстой кишки. М.: МЕДпресс-информ, 2004. – 376 с.
46. ASCO (American Society of Clinical Oncology, [www.asco.org](http://www.asco.org)),
47. EORTC (European Organisation for Research and Treatment of Cancer, [www.eortc.org](http://www.eortc.org)),
48. ESMO (European Society for Medical Oncology, [www.esmo.org](http://www.esmo.org)),
49. Holland Frei Cancer Medicine - 6th Ed. / editors Waun Ki Hong [et al.]. – 2006. – Available at : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK12354/>
50. <http://www.esmo.org/Guidelines> – Практичні рекомендації від Європейської спільноти клінічних онкологів  
<http://www.lwwoncology.com/Textbook/Toc.aspx?id=11000>
51. <https://www.asco.org/practice-guidelines/quality-guidelines/guidelines> – Практичні рекомендації від Американської спільноти клінічних онкологів
52. UICC (International Union Against Cancer, [www.uicc.org](http://www.uicc.org)),
53. Vincent T. DeVita, Jr., Theodore S. Lawrence, Steven A. Rosenberg. Cancer: Principles & Practice of Oncology, 9th Edition. by LIPPINCOTT WILLIAMS & WILKINS, a WOLTERS KLUWER business – 2011. – Available at :