Выполнила ординатор 1 года специальности «Дерматовенерология»

Абуева Ольга Александровна

/

**Ситуационные задачи по онкологии**

**Тема «Дисгормональные заболевания и рак молочной железы»**

Больной 58 лет. Обратилась к онкологу в связи с тем, что за последние шесть месяцев правая молочная железа уменьшилась в размере, стала плотной как "камень". Четыре месяца назад появились резкие боли в пояснично-крестцовом отделе позвоночника. Анамнез: три месяца назад больная обратилась к неврологу по поводу этих болей в позвоночнике. Была проведена противовоспалительная терапия и физиолечение. Боли не только не уменьшились, но и стали постоянными.

Вопрос 1: Предварительный диагноз?

Рак молочной железы

/

Вопрос 2: План обследования?

Сбор анамнеза, осмотр и проведение пальпации молочных желёз пациента.

Назначение анализов: Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы, тромбоцитов. Биохимический анализ крови для определения функции почек, печени, уровня кальция и щелочной фосфатазы.

Инструментальные исследования: Билатеральная маммография, УЗИ молочных желез и регионарных зон, МРТ молочных желез, R-графию органов грудной клетки; КТМРТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза. Биопсия опухоли с патоморфологическим исследованием опухолевой ткани, определение в опухолевой ткани рецепторов эстрогенов (РЭ) и прогестерона (РП), HER2 и Ki67.

/

Вопрос 3: Какая клиническая форма рака молочной железы?

Панцирная форма

/

Вопрос 4: Выпишите рецепт на нестероидный противовоспалительный препарат (таблетки кетонала)?

Rp.: Tabl. Ketoprofeni 0,1 №10

 D.S.: Внутрь по 1 таблетке 1 раз в сутки после еды

/

Вопрос 5: Какие ошибки допустил невролог?

Невролог не учёл данные анамнеза, не был задействован онколог (не привлечен к консультации).

Больной 25 лет. Обратилась к хирургу с жалобами на болезненность обеих молочных желез, усиливающуюся перед менструацией, чувство полноты и распирания в молочных железах. Анамнез: несколько лет назад больная переболела вирусным гепатитом В, диету соблюдает, одна ко злоупотребляет крепким кофе. Менструации с 13 лет, регулярные, замужем, 1 беременность, 1 роды. Пальпаторно в верхне-наружных квадрантах молочных желез больше справа определяются диффузные уплотнения и тяжистость тканей.

Вопрос 1: Предполагаемый диагноз?

Диффузная мастопатия

/

Вопрос 2: При каком заболевании у мужчин могут нагрубать грудные железы и выделяться молозиво?

Гинекомастия

/

Вопрос 3: Какие факторы усиливают клинические проявления данного заболевания в этом случае?

Хронический вирусный гепатит В, злоупотребление кофе

/

Вопрос 4: Выпишите рецепт на препарат адеметионин для улучшения функции печени?

Rp.: Tabl. Ademetionini 0,4 N.10

 D.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день.

/

Вопрос 5: К какой диспансерной группе относится пациентка?

IIIа диспансерная группа.

У больной 20 лет в верхне-наружном квадранте молочной железы пальпируется опухоль размером 1,5x2,0 см, подвижная, плотная, с четкими контурами, безболезненная. Кожные симптомы отрицательные. Выделений из соска нет. Подмышечные лимфоузлы не уве­личены. Опухоль больная заметила месяц назад.

Вопрос 1: Между какими заболеваниями Вы будете проводить дифференциальную диагности­ку?

Фиброаденома; узловая мастопатия; липома; рак молочной железы; болезнь Минца

(внутрипротоковая папиллома); киста

/

Вопрос 2: Каков алгоритм обследования?

Сбор анамнеза, осмотр и проведение пальпации молочных желёз пациента.

Назначение анализов: Общий анализ крови с подсчетом лейкоцитарной формулы, тромбоцитов. Биохимический анализ крови для определения функции почек, печени, уровня кальция и щелочной фосфатазы.

Инструментальные исследования: Билатеральная маммография, УЗИ молочных желез и регионарных зон, МРТ молочных желез, R-графию органов грудной клетки; КТМРТ органов грудной клетки, брюшной полости и малого таза. Биопсия опухоли с патоморфологическим исследованием опухолевой ткани, определение в опухолевой ткани рецепторов эстрогенов (РЭ) и прогестерона (РП), HER2 и Ki67.

/

Вопрос 3: Наиболее вероятный диагноз?

Фиброаденома молочной железы

/

Вопрос 4: Консультация какого специалиста необходима?

Консультация Врача-онколога.

/

Вопрос 5: Какая операция предпочтительна в данной ситуации?

Секторальная резекция с гистологическим исследованием.

**Тема «Рак предстательной железы»**

Пациент 68 лет, обратился к урологу с жалобами на затрудненное мочеиспускание, ранее принимал омник, финастерид. Из анамнеза выяснена сопутствующая патология: ИБС, постинфарктный кардиосклероз, стенокардия напряжения II ф.кл., СН IIА ст.; ХОБЛ; язвенная болезнь желудка с частыми обострениями. При осмотре: Поясничная область не изменена. Почки не пальпируются. Симптом XII ребра отрицателен с обеих сторон. Мочевой пузырь над лоном не определяется. Мочится 8-10 раз в сутки, мочеиспускание затруднено. Отеков нет. Per rectum: Тонус сфинктера сохранен. Ампула прямой кишки свободна. Простата симметрична, незначительно увеличена. В правой доле по периферии определяется плотный узел до 1 см в диаметре, безболезненный. Семенные пузырьки не пальпируются. Срединная бороздка сглажена. Наружные половые органы по мужскому типу. Яички в мошонке, не изменены. Шкала IPSS – 12 баллов. Произведена биопсия простаты, гистол. заключение ххх: мелкоацинарная аденокарцинома, индекс Глисона – 6, около 40% опухолевой ткани в положительных биоптатах. ПСА 8 нг/мл. ТРУЗИ простаты: объем – 40 см3, структура простаты неоднородная. В правой доле узел пониженной эхогенности 10х12х10 мм. Объем остаточной мочи – 25 мл.

Вопрос 1: Диагноз?

Рак предстательной железы

/

Вопрос 2: О чем говорит индекс Глиссона?

О степени дифференцировки и вероятности распространения опухоли.

/

Вопрос 3: Какие факторы могли повлиять на уровень ПСА у данного пациента?

Прием финастерида. У пациентов, длительно принимающих ингибиторы 5 альфаредуктазы, ПСА снижается.

/

Вопрос 4: Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза при появлении болей в костях?

Остеосцинтиграфия, ПЭТ-КТ.

/

Вопрос 5: План лечения?

Наиболее целесообразным является проведение пациенту лучевой терапии (брахитерапии) с полной андрогенной блокадой.

**Тема «Колоректальный рак»**

Больной С., 59 лет обратился в поликлинику по месту жительства с жалобами  на общую слабость и мелькание «мушек» перед глазами. Слабость нарастала в течение последнего месяца. Явной примеси крови в стуле не замечал. Родственники больной обратили внимание на бледность кожных покровов. По общему анализу крови - гемоглобин 55 г/л. Живот с развитой жировой клетчаткой, мягкий, слегка болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. При фиброколоноскопии в печеночном углу ободочной кишки экзофитная опухоль с язвенным дефектом до 5,5 см в диаметре, на одну треть перекрывающая просвет кишки, взята биопсия - аденокарцинома.

1. Укажите клиническую форму рака ободочной кишки?

Токсико-анемическая форма

/

1. Какой предраковый процесс чаще предшествует раку ободочной кишки?

Аденоматозные полипы, ворсиначатые опухоли, семейные полипозы

/

1. Назовите самый информативный скрининг-тест на скрытую кровь при колоректальном раке?

Иммунохимический тест определения скрытой крови IFOBT (FIT)

/

1. Объем оперативного лечения?

Правосторонняя гемиколэктомия

/

1. Назовите наиболее распространенные схемы химиотерапии колоректального рака?

Болюсное введение 5-FU + лейковорин еженедельно в течение 6 недель, 2 недели перерыва => 3 цикла каждые 8 недель

**Тема «Рак кожи, меланома»**

В больницу обратился мужчина 30 лет. Неделю назад во время бритья он поранил крупную родинку, она увеличилась в размере, потемнела, появился зуд. При осмотре на левой щеке обнаружен невус в диаметре 0,7 см, неправильной формы, темно коричневого цвета с венчиком гиперемии.

Вопрос 1: Диагноз?

Меланома кожи щеки.

/

Вопрос 2: Способ гистологической диагностики пигментной опухоли?

Инцизионная биопсия противопоказана, возможен мазок-отпечаток с поверхности опухоли.

/

Вопрос 3: Тактика при доброкачественном характере пигментного образования?

Выполнить соскоб с цитологическим исследованием, при подтверждении меланомы – широкое

/

Вопрос 4: Выписать рецепт на антисептик для наружного применения (этиловый спирт) при перевязках после операции?

Rp.: Sol.Spiritusaethylici 70% - 100,0

 D.t.d. № 1 in flac.

 S. Наружно, для приготовления спиртовых растворов и компрессов для перевязок

/

Вопрос 5: Вариант профилактики у данного больного?

Защита от инсоляции, отказ от вредных привычек, удаления невуса, снизить риски травматизации.

У больного 55 лет по наружной поверхности средней трети правого бедра появилось образование с широким основанием по типу грибовидного нароста диаметром 4,0 см, которое за прошедший месяц увеличилось в 2 раза. В паховой области пальпаторно определяются плотные, не спаянные с кожей, безболезненные лимфатические узлы диаметром 1,5 см.

Вопрос 1: Диагноз?

Опухолевая фаза грибовидного микоза

/

Вопрос 2: Клиническая форма и гистологический вариант опухоли?

Лимфопролеферативное заболевание

/

Вопрос 3: Методы морфологической верификации первичного очага и лимфогенных метастазов?

На первом этапе эксцизионная биопсия подозрительного образования на всю толщину кожи (не плоскостная резекция) с отступом не более 5 мм (оптимально 1-3 мм).

Поиск метастазов: КТ/ рентгенография органов грудной клетки, КТ/ МРТ/ УЗИ органов брюшной полости и малого таза, УЗИ регионарных лимфоузлов.

/

Вопрос 4: Выпишите рецепт на кожный антисептик (хлоргексидин) для обработки операционного поля?

Rp.: Sol. СhlorhexidiniSpirituosae 0,5% - 500 ml

 D.S. Для обработки операционного поля

/

Вопрос 5**:** Объем операции у данного пациента?

Эксцизионная биопсия подозрительного образования на всю толщину кожи.

Возможно выполнение биопсии метастазов под контролем лучевых методов, имеет влияние на тактику лечения.

**Тема «Рак шейки матки»**

Больная Р., 42 лет бригадой скорой медицинской помощи доставлена с умеренными кровянистыми выделениями из влагалища, которые возникли после обычного полового сношения. В течение 10 лет нерегулярно наблюдалась у гинеколога по месту жительства по поводу эрозии шейки матки. После санации влагалища при осмотре гинекологом в зеркалах на шейке матки визуализируется опухолевая язва с неровными краями, кровоточащей поверхностью диаметром более 4,0 см с переходом на верхнюю треть влагалища. При пальпации опухоль не переходит на стенки таза, но имеется инфильтрация, распространяющаяся на параметрий справа. При обследовании живот умеренно болезненный в нижних отделах больше справа, симптомов раздражения брюшины нет.

1. Какую стадию рака шейки матки по FIGO можно предварительно поставить пациентке без дополнительного обследования в случае морфологической верификации процесса?

Стадия по FIGO– IIb.

/

1. Укажите наиболее информативный метод оценки глубины инвазии и перехода опухоли на параметрий и смежные органы?

МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием.

/

1. К какой группе заболеваний нужно отнести эрозию шейки матки?

Фоновые процессы.

/

1. Назовите стандарт цервикального скрининга шейки матки на поликлиническом уровне?

Мазок для цитологического исследования.

/

1. Какие варианты комбинированного лечения возможны в данном случае при подтверждении распространения опухоли на параметрий?

Операция Вартгейма, постлучевая терапия, химиотерапия