Ответы на ситуационные задачи

Ординатор Емельянова Т.А. – инфекционные болезни, группа 117

Дисгормональные заболевания и рак молочной железы

Задача 1

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?

**Вопрос 2:** План обследования?

**Вопрос 3:** Какая клиническая форма рака молочной железы?

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

**Вопрос 5:** Какие ошибки допустил невролог?

1) Рак молочной железы IV стадии ( так как скорее всего есть отдаленные метастазы)

2) Маммография, ФЛГ, УЗИ молочных желез, УЗИ органов брюшной полости, сцинтиграфия костей скелета, трепанбиопсия молочной железы

3) Диффузный рак молочной железы (панцирная форма)

4) Rp: Tabl. Ketonali 0,01 N.20 D.S. Внутрь 1 таблетке 2 раз в сутки

5) Длительное наблюдение и консервативное лечение, назначение физиотерапии

Задача 2

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, однако 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?

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

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

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

**Вопрос 5:** К какой диспансерной группе относится пациентка?

1) Диффузная мастопатия

2) Гинекомастия

3) Хронический вирусный гепатит В, злоупотребление кофе

4) Rp.: Tabl. Ademetionini 0,4 N.10 D.S. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в день

5) Iа группа

Задача 3

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?

**Вопрос 2:**Каков алгоритм обследования?

**Вопрос 3:**Наиболее вероятный диагноз?

**Вопрос 4:**Консультация какого специалиста необходима?

**Вопрос 5:**Какая операция предпочтительна в данной ситуации?

1. Фиброзно-кистозная мастопатия (киста? фиброаденома?), злокачественное новообразование
2) УЗИ молочных желез, ФЛГ, ОАК, УЗТ органов брюшной полости, консультация гинеколога, онколога
3) Фиброаденома
4) консультация онколога-маммолога
5) Секторальная резекция молочной железы

### Рак предстательной железы

Задача

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?

**Вопрос 2**: О чем говорит индекс Глиссона?

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

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

**Вопрос 5:** План лечения?

1) Рак предстательной T2аN0M
2) О степени злокачественности (дифференцировки и вероятности распространения) опухоли - опухоли с суммой Глисона, равной 6 баллам и менее, часто называют менее злокачественными (low-grade Gleason score)
3) Прием финастерида. У пациентов, длительно принимающих ингибиторы 5-альфа-редуктазы, ПСА снижается.;
4) Остеосцинтиграфия (сцинтиграфия скелета), ПЭТ-КТ
5) Наиболее целесообразным является проведение пациенту лучевой терапии (брахитерапии) с полной андрогенной блокадой

### Колоректальный рак

Задача

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?
2. Какой предраковый процесс чаще предшествует раку ободочной кишки?
3. Назовите самый информативный скрининг-тест на скрытую кровь при колоректальном раке?
4. Объем оперативного лечения?
5. Назовите наиболее распространенные схемы химиотерапии колоректального рака?
	1. Токсико-анемическая форма
	2) Аденоматозные полипы, семейный полипоз, ворсинчатые опухоли
	3) Иммунохимический тест определения скрытой крови IFOBT (FIT)
	4) Расширенная правосторонняя гемиколэктомия (с резекцией печеночного угла ободочной кишки)
	5) На 1-2 стадиях показаны адъювантные химиотерапевтические курсы режимов XELOX (капецитабин (кселода) + оксалиплатин) или FOLFOX (кальция фолинат (лейковорин) + фторурацил + оксалиплатин). В минимальном объеме химиотерапия при раке прямой кишки 3 стадия проводится с использованием комбинации фторпиримидинов (лейковорин + 5-фторурацил) или таблетированного капецитабина.
	На терминальной стадии назначается паллиативная химиотерапия редуцированными дозами препаратов. Лечение направлено на ослабление болезненных симптомов, улучшение и продление жизни пациента. К используемым ранее режимам FOLFOX, XELOX ИЛИ FOLFIRI (фолинат кальция (лейковорин) + 5-фторурацил + иринотекан) может добавляться поддерживающая терапия оксалиплатином, фторпиримидином или иринотеканом.
	В последние годы доказана высокая эффективность препаратов из группы моноклональных антител (бевацизумаб, панитумумаб или цетуксимаб). Кроме того, используются моноклональные антитела, угнетающе действующие на фактор роста сосудистого эндотелия, обеспечивающий образование сосудов, ответственных за кровоснабжение опухоли (VEGF), например, рамуцирумаб или афлиберцепт.

### Рак кожи, меланома

Задача 1

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?

**Вопрос 2:** Способ гистологической диагностики пигментной опухоли?

**Вопрос 3:** Тактика при доброкачественном характере пигментного образования?

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

**Вопрос 5:** Вариант профилактики у данного больного?

1) Пигментный невус кожи щеки, механическая травма.;

2) Эксцизионная биопсия под местной анестезий со срочным гистологическим исследованием.;

3) Ограничение объема операции тотальной биопсией опухоли.;

4) Rp.: Sol. Ethanoli 95%-100 ml N.1 S. Применять для приготовления полуспиртовых повязок.;

5) Вторичная профилактика.

Задача 2

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?

**Вопрос 2:** Клиническая форма и гистологический вариант опухоли?

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

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

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

1) Рак кожи.;

2) Фунгозная форма, плоскоклеточный рак.;

3) Выполнить соскоб с поверхности опухоли и пункцию лимфатического узла с цитологическим исследованием.;

4) Rp.: Sol. Chlorhexidini Bigluconati 20% - 100 ml D.S. Для обработки операционного поля разводят 20% раствор спиртом в соотношении 1:40. Полученным 0,5% водно-спиртовым раствором хлоргексидина обрабатывают операционное поле 2 раза с интервалом 2 мин.;

5) Широкое иссечение опухоли кожи бедра с пластикой свободным кожным лоскутом, операция Дюкена.

### Рак шейки матки

Задача

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?
2. Укажите наиболее информативный метод оценки глубины инвазии и перехода опухоли на параметрий и смежные органы?
3. К какой группе заболеваний нужно отнести эрозию шейки матки?
4. Назовите стандарт цервикального скрининга шейки матки на поликлиническом уровне?
5. Какие варианты комбинированного лечения возможны в данном случае при подтверждении распространения опухоли на параметрий?

1) Рак шейки матки Тх

2) Морфологический метод (гистологическое исследование препаратов при конизации шейки матки).;

3) Фоновое заболевание

4) Цитологическое исследование мазков с шейки матки и из цервикального канала.;

5) Трахелэктомия в начальных стадиях опухолевого процесса. Высокая конусовидная ампутация шейки матки; экстирпация матки с придатками; операция Вертгейма или расширенная экстирпация матки с транспозицией яичников; тазовая лимфаденэктомия.;
Сочетанная лучевая терапия (дистанционная+внутриполостная)